

PÚBLICO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**PERÚ**

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

**(PE-0030)**

**INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO (PCR)**

**JUNIO 2000**

**INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO (PCR)**  
**Versión que incluye las sugerencias del CRG**  
**Primera Parte**

<b>Nombre del proyecto:</b>	<b>Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud</b>
<b>Número del proyecto:</b>	<b>PE0030</b>
<b>Número del préstamo:</b>	<b>741/OC-PE</b>
<b>País:</b>	<b>PE</b>
<b>Organismo ejecutor:</b>	<b>Ministerio de Salud (MINSA)</b>
<b>Sector:</b>	<b>SA-SER</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>Inversión</b>
<b>Fecha de aprobación:</b>	<b>03/MAR/1993</b>
<b>Fecha de terminación:</b>	<b>31/JUN/2000</b>
<b>Monto del préstamo:</b>	<b>68,000,000</b>
<b>Clasificación final de la implementación del proyecto:</b>	<b>MS</b>
<b>Clasificación final de los supuestos del proyecto:</b>	<b>A</b>
<b>Clasificación final de los objetivos de desarrollo:</b>	<b>MP</b>

## **I. OBJETIVOS Y COMPONENTES DEL PROYECTO**

### **A. Objetivos**

1. Recuperar el sistema de servicios de salud del colapso funcional en que se encontraba al inicio del proyecto.
2. Fortalecer al Ministerio de Salud en su función de ente rector del sistema
3. Sentar las bases e iniciar el proceso de reforma del sector salud.

### **B. Componentes**

1. **Equipamiento.** Orientado al fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos prestadores de servicios de salud
2. **Capacitación y Apoyo a la Gestión.** Orientado al fortalecimiento de la capacidad de gestión del subsector público.
3. **Sistemas Operativos.** Orientado al fortalecimiento de los sistemas de información y comunicación del Ministerio de Salud y las Direcciones Departamentales de Salud.
4. **Preinversión.** Estudios de preinversión para el fortalecimiento de la infraestructura de servicios.
5. **Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios / Desinfección de agua y Alimentos.** Orientado al fortalecimiento de los establecimientos de salud en intervenciones de saneamiento y salud colectiva.
6. **Reestructuración Sectorial.** Orientado a sentar las bases e iniciar el proceso de reforma del sector salud.

## II. RESULTADOS Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO

### A. Logros

#### 1.1. Equipamiento

El PFSS adquirió cerca de 90.000 unidades de equipo médico, instrumental y mobiliario para fortalecer la capacidad resolutive de 3.516 establecimientos de salud en todo el país, esto es, 117 hospitales, 713 centros de salud y 2.686 puestos de salud, los cuales representan el 86% de los hospitales, el 70% de los centros de salud y el 56% de los puestos de salud del sector público del país, respectivamente. En forma adicional, el PFSS adquirió equipamiento para 38 unidades responsables de actividades gerenciales y administrativas.

La tabla siguiente presenta el número de elementos adquiridos por el programa y entregados a los diferentes servicios de salud (tanto de apoyo como intermedios y finales) así como el porcentaje correspondiente de la inversión total programada para el componente de equipamiento:

Servicio	Tipo de Elemento Adquirido	No.	Monto de la inversión (%)
<b>Servicios intermedios y finales</b>	Equipos para cirugía y atención del parto	331	4.18
	Sets de instrumental quirúrgico y electrocirugía	11,888	8.12
	Máquinas de anestesia	66	2.36
	Equipos de oxigenoterapia y aspiración	2,113	2.70
	Equipos de neonatología	278	4.14
	Equipos de endoscopia	270	2.06
	Equipos de laboratorio clínico	1,495	8.99
	Equipos de radiología y ecografía	166	10.92
	Accesorios de radiología	2,106	0.59
	Equipos para atención de emergencias y monitoreo	527	3.81
	Equipos de medicina física y rehabilitación	81	0.42
	Equipos odontológicos	824	4.15
	Equipos para atención de consulta externa	13,620	2.32
	Mobiliario clínico (mesas de examen, camas, camillas, etc.)	34,643	12.90
<b>Servicios de apoyo</b>	Mobiliario de oficina	946	0.40
	Equipos de computación	256	1.27
	Equipos de telefonía	57	2.40
	Esterilizadores, autoclaves y bidestiladores	2,106	6.33
	Equipos de cocina	1,275	1.12
	Equipos de lavandería	88	2.47
	Equipos de refrigeración	1,915	1.64
	Calderos y equipos afines	26	1.55
	Grupos electrógenos	196	3.21
	Equipos de radiocomunicación	178	1.11
	Equipos de transporte	1,123	9.79
	Utensilios de cocina y servicios higiénicos	12,487	1.05
<b>Total</b>		<b>89,061</b>	<b>100%</b>

La reposición y asignación de nuevos equipos realizada por el PFSS constituyó un factor determinante para recuperar y, en algunos casos, fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, la cual se encontraba, prácticamente, colapsada al comienzo del proyecto. Aunque el equipamiento entregado no dio respuesta a todas las necesidades existentes, si constituyó un aporte muy significativo, generando un clima de confianza y motivación en el personal de salud, quienes llevaban más de una década programando y gestionando sus necesidades de equipamiento sin recibir respuestas concretas y efectivas.

Como resultado de este componente, el proyecto incrementó la capacidad de respuesta del subsector público de salud en términos de cobertura, oportunidad, calidad y eficiencia de servicios, con criterios de equidad y costo-efectividad. De hecho, se beneficiaron prioritariamente los establecimientos de salud ubicados en zonas rurales, zonas fronterizas y de la Amazonía donde vive la población más pobre. De igual manera, el fortalecimiento de la capacidad resolutive se orientó fundamentalmente hacia los establecimientos del primer nivel de atención, los cuales atienden el mayor porcentaje de los problemas de salud de la población, a fin de lograr la mejor relación costo-efectividad para la inversión realizada. Los puestos y centros de salud recibieron el 83.4% del equipamiento adquirido y los hospitales locales recibieron el 16.4%. El 0.2% restante fue asignado a las unidades administrativas.

El cuadro siguiente presenta el tipo de servicios fortalecidos por el PFSS en los diferentes establecimientos de salud:

<b>TIPOS DE SERVICIO</b>	<b>En hospitales</b>	<b>En centros de salud</b>	<b>En puestos de salud</b>	<b>TOTAL</b>
Consultorios médicos	103	656	2,651	3,410
Consultorios odontológicos	97	402	13	512
Servicios de emergencias	111	551	26	688
Laboratorios clínicos	115	427	33	575
Servicios de radio-diagnóstico	95	51	-	146
Medicina física y rehabilitación	19	-	-	19
Servicios de patología	12	-	-	12
Cuidados intensivos	16	-	-	16
Hospitalización - medicina	94	272	5	371
Hospitalización - cirugía	57	5	-	62
Hospitalización gineco-obstetricia	33	9	-	42
Hospitalización - pediatría	96	15	-	111
Centros quirúrgicos	113	80	5	198
Centros obstétricos	109	466	22	597
Servicios administrativos	84	254	22	360
Centros de esterilización	72	134	5	211
Servicios de cocina	68	71	1	140
Servicios de lavandería	51	3	-	54
Casas de fuerza	50	78	24	152
Talleres	2	2	-	4
Servicios de transporte	83	247	86	416
Servicios de farmacia	35	204	-	239
<b>TOTAL</b>	<b>1,515</b>	<b>3,927</b>	<b>2,893</b>	<b>8,355</b>

De otra parte, con el propósito de garantizar la vida útil esperada de los equipos entregados y, de esta manera, asegurar la mayor rentabilidad de la inversión realizada, el PFSS realizó las siguientes acciones:

- Capacitación de 15.000 funcionarios en el uso, operación y conservación de los equipos en puestos, centros de salud y hospitales locales en todo el país.
- Apoyo y asistencia técnica permanente para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a 23 de las 32 Direcciones Regionales de Salud (DISAs) existentes en el país, a través de la contratación de personal especializado.
- Elaboración de protocolos, guías prácticas y aplicaciones de tecnología de información orientadas a mejorar la gestión del mantenimiento. Gracias al aplicativo GESLIC desarrollado por el programa, por primera vez en su historia, el MINSA cuenta con una base de datos confiable con información sobre la localización, tipo y fuente de financiamiento del equipamiento adquirido, la cual servirá de base para programar nuevas inversiones, reduciendo el riesgo de duplicaciones e inversiones innecesarias.
- Sensibilización de las autoridades de las DISAs, en la perspectiva de asegurar la adecuada programación y gestión de los recursos necesarios para mantenimiento, como parte del respectivo presupuesto público anual.

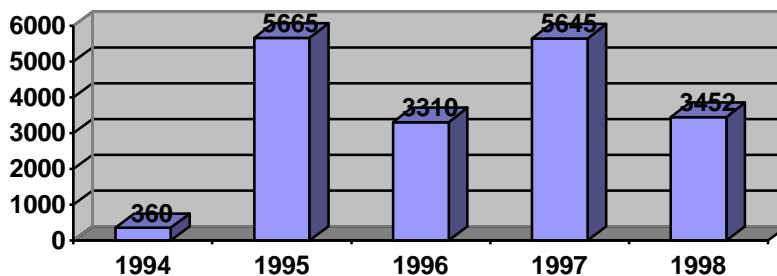
Como resultado de las diferentes acciones del PFSS, la situación de mantenimiento mejoró considerablemente. Con base en un estudio realizado por el programa en 40 hospitales en todo el país, se puede afirmar que la situación mejoró desde un nivel crítico a un nivel aceptable en lo relacionado con recursos humanos, económicos, físicos y capacidad de gestión en el área de mantenimiento.

## 1.2. Capacitación y Apoyo a la Gestión

Con el propósito de mejorar la eficiencia y la calidad de la red pública de servicios, el PFSS realizó intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad de gestión de los funcionarios del sector. A través de diferentes modalidades, el PFSS realizó múltiples eventos de capacitación en los cuales se registraron 18,432 inscripciones de trabajadores de salud del sector durante el período 1994-1998.

De los trabajadores capacitados, el 28% desempeñaba funciones directivas, mientras que el 72% restante desempeñaba funciones otras funciones administrativas y de prestación de servicios. En relación con su ubicación dentro del sistema de salud, el 0.5% estaba vinculado al nivel central del MINSA, el 41% a las Direcciones Regionales de Salud (DISAs) y el 58.5% a los hospitales de referencia y los establecimientos de mayor complejidad de las redes de servicios (hospitales locales, centros y puestos de salud).

**Capacitación y Asistencia Técnica PFSS Inscripciones  
1994-1998**



Como se puede observar en la tabla siguiente, la capacitación se realizó a través de diferentes tipos de cursos y modalidades que dieron cobertura a las 33 DISAs existentes en el país. Entre otros aspectos que fueron objeto de capacitación, se destacan los cursos en formación flexible, financiamiento en salud, gestión en redes de servicios, gerencia de CLAS (Comités Locales de Administración de Salud) y metodología de seguimiento y supervisión<sup>1</sup>.

Actividad	Inscripciones					Cobertura
	1994	1995	1996	1997	1998	
Módulos de capacitación en urgencias administrativas	270	-	-	-	-	9 DISAs
Talleres macroregionales sobre situación de la gestión	90	-	-	-	-	29 DISAs
Módulos de sensibilización	-	1.070	-	-	-	29 DISAs
Taller sobre programación y rendición de cuentas por encargo	-	135	-	-	-	2 DISAs
Taller sobre priorización en la asignación de recursos públicos	-	-	20	-	-	MINSA
AT - sistemas administrativos	-	2.839	-	-	-	27 DISAs
Curso de salud colectiva	-	-	530	-	-	13 DISAs
Curso de gerencia básica	-	-	611	-	-	15 DISAs
Curso de alta gerencia hospitalaria	-	-	48	-	-	21 Hospitales
Apoyo a la gestión de farmacia en sierra y selva	-	1.621	88	-	-	5 DISAs
Apoyo a la gestión de farmacia en costa y zona norte	-	-	1.564	-	-	12 DISAs
Talleres Nacionales de Gestión (I-II)	-	-	97	-	-	33 DISAs
Taller sobre lineamientos de política	-	-	-	1.800	-	13 C. region.
AT - Gerencia a establecimientos de 1er. N (1996) <sup>2</sup> - (1997) <sup>3</sup>	-	-	308	1.677	-	365 es. <sup>4</sup>
Talleres macroregionales GESCAP (1996) – (1997) <sup>5</sup>	-	-	44	261	-	12 DISAs
Taller sobre gestión de la formación flexible	-	-	-	30	-	25 DISAs
Taller "Aplicaciones Metodológicas de la Formación Flexible"	-	-	-	26	-	9 DISAs
I Taller Nacional de Capacitación - Nivel Central	-	-	-	38	-	MINSA
Reunión sobre formación y certificación por competencias	-	-	-	25	-	9 DISAs
AT - Plan de Capacitación <sup>6</sup>	-	-	-	187	-	1 Hosp./DISA
AT - DISA Chavín <sup>7</sup>	-	-	-	898	-	1 DISA
Articulación de servicios en redes funcionales (La Libertad)	-	-	-	703	1807	1 DISA
Curso de Gestión en redes <sup>8</sup>	-	-	-	-	1495	1 DISA
Fortalecimiento de recursos del sector	-	-	-	-	150	1 DISA
	360	5.665	3.310	5.645	3.452	
<b>Total</b>						<b>18.432</b>

El programa desplegó un esfuerzo sin precedentes en el país a fin de mejorar la capacidad de los niveles descentralizados para asumir los procesos de gestión de la capacitación. Con este objetivo, realizó las siguientes acciones: Identificación de necesidades de capacitación; desarrollo de metodología que respondiese a las necesidades de capacitación; selección de las ofertas más adecuadas; negociación con las instituciones formadoras; selección de

<sup>1</sup> Uno de los productos más importantes fue la elaboración y validación de siete módulos didácticos en temas de gestión, cada uno compuesto por un texto autoinstructivo, un texto de apoyo y una guía para el desarrollo de un trabajo aplicativo. Módulos didácticos: Plan operativo institucional, plan estratégico, gerencia logística, gerencia financiera, gerencia de recursos humanos, supervisión, monitoreo y evaluación, y epidemiología para la gestión.

<sup>2</sup> San Martín (9), Arequipa (90), Huánuco (69), Moquegua (20), Cajamarca (51), Junín (69)

<sup>3</sup> Arequipa (940), Moquegua (286), Cusco (112), Piura (45), Pasco (12), Sullana (111), Ica (60), CLAS (111)

<sup>4</sup> 168 establecimientos CLAS y 197 establecimientos no-CLAS

<sup>5</sup> Talleres regionales: Nororiental (52), Norte (46), Centro (48), Lima (78), Oriente (37)

<sup>6</sup> Hospital de Huacho (41), Hospital Larco Herrera (64), SRS Cusco (60), RS Arequipa (22)

<sup>7</sup> Sistemas: Personal (127), Economía (114), Logística (199), Control Patrimonial (229), Modernización de Sistemas Administrativos (229)

<sup>8</sup> Grupos: San Martín (244), Chavín (283), Arequipa (294), La Libertad (252), Piura (232), Hospitales de Referencia (190)

participantes (individuales y por equipo) con criterios técnicos para asegurar su motivación y compromiso; monitoreo de la ejecución; seguimiento del personal capacitado; evaluación permanente del desempeño del personal, y evaluación de los programas de capacitación.

Además de los cursos de capacitación, el PFSS desarrolló acciones de asistencia técnica, financiamiento de proyectos y difusión de información, instrumentos y experiencias relacionadas con el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud. El programa también apoyó los procesos de modernización de la gestión hospitalaria en Lima y el Callao relacionados con el sistema de garantía de calidad (Instituto de Salud del Niño); la gestión económico-financiera (hospitales Daniel Alcides Carrión, María Auxiliadora y Cayetano Heredia) y la planeación estratégica del sistema de información hospitalaria (Hospital Arzobispo Loayza).

En síntesis, a través de la gestión del PFSS, el MINSA logró conformar y capacitar equipos de gestión en las 33 DISAs existentes; 114 Unidades Administrativas Intermedias, 21 hospitales nacionales y 506 establecimientos de mayor complejidad en todas las redes de servicios del país<sup>9</sup>.

Aunque es muy difícil medir los efectos de la capacitación en el mejoramiento de la cobertura, la eficiencia y la calidad de los servicios, la evaluación final del programa evidenció impactos positivos, tanto directos como indirectos como resultado de una mayor capacidad gerencial y mejor desempeño de los funcionarios, tanto en el área clínica como administrativa.

### 1.3. Sistemas Operativos

Como aplicación de la tecnología de información al desarrollo, este componente se orientó hacia el fortalecimiento de los sistemas de información y comunicación del Ministerio de Salud, tanto en su sede central en Lima como en sus 33 Direcciones Departamentales de Salud, con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en el sector y, de esta manera, elevar la eficiencia y la efectividad de la gestión en el sistema de servicios de salud.

En su fase inicial, el PFSS implantó y puso en operación una red de cómputo de 126 computadoras, la cual articuló 240 usuarios vinculados a los diferentes equipos de proyecto en el MINSA, tanto en sus áreas técnicas como administrativas. De manera adicional, inició la tarea de automatizar los procesos relacionados con el sistema de registro de documentos. Posteriormente, el PFSS desarrolló una red nacional, a través de la cual integró la sede central del MINSA con sus 33 DISAs, introduciendo la gestión de servicios en red en la institución y articulando, por vez primera, el subsector público de salud en todo el país. Como uno de los primeros resultados de este componente es el acceso a Internet y correo electrónico para 500 funcionarios del sector<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> La ejecución de las actividades de capacitación y apoyo a la gestión del PFSS robusteció el mercado de instituciones formadoras en gestión en el Perú. En la actualidad, existen más de 30 programas de formación pre y post grado sobre gestión en salud en las universidades e institutos superiores del país. Las DISAs están replicando los cursos propiciados por el PFSS.

<sup>10</sup> Esta red, integrada por un nodo central en el MINSA y un nodo de información instalado en cada una de las 33 DISAs del país, cuenta con soporte de cableado estructurado que permite la transmisión de voz, datos e imágenes con un alto nivel de confiabilidad, gracias a su sistema de energía no interrumpible (UPS y baterías). Asimismo,

Entre los avances logrados, se destacan el desarrollo de la Intranet del MINSA y de la base de datos sanitaria (data warehouse), así como la digitalización, vectorización cartográfica y georeferenciación de la información del sector. Como parte de la Web del MINSA se desarrollaron varias aplicaciones para que los usuarios internos y externos consulten hojas estadísticas y bases de datos a través de Internet. De otra parte, se cargó en la base de datos la información estadística sobre mortalidad (hasta 1995), la notificación de vigilancia epidemiológica (hasta 1996) y el censo de infraestructura (1996). Asimismo, se avanzó en la digitalización cartográfica de las redes de servicios donde se están desarrollando aplicaciones iniciales de reforma del sector (Villa Salvador, Islay, Tarata, Morropón y Moyobamba).

A lo largo de la ejecución del proyecto, el PFSS puso especial énfasis en el fortalecimiento de la capacidad de las DISAs para garantizar la sostenibilidad de la red de información y comunicaciones. En este sentido, se logró involucrar a las instancias regionales en el diseño, preinstalación, instalación y mantenimiento de la red. Adicionalmente, a través del desarrollo de protocolos y difusión de conocimientos técnicos tanto en el nivel central como en el nivel regional y local, el PFSS fortaleció la capacidad tecnológica del sector, en lo relacionado con planeamiento de tecnología, diseño de redes, supervisión, pruebas de sistemas, presupuesto y costeo operativo, entre otros aspectos. De hecho, como un aporte para futuras operaciones en el sector, el programa dejó listo el plan estratégico de desarrollo de sistemas de información.

En síntesis, los desarrollos logrados representan un paso esencial hacia la modernización de los sistemas de información y comunicación del sector salud. Una vez sea diseñado el nuevo sistema de información que requiere el sector en el marco del proceso de reforma y los establecimientos de salud sean integrados a la red, los desarrollos tecnológicos logrados por el PFSS posibilitarán, entre otros aspectos:

#### En el nivel organizacional e instrumental

- Mejor gerencia en los hospitales y las redes de servicios con los consiguientes beneficios en efectividad y calidad de la atención.
- Mejor utilización de la capacidad instalada y mejor referencia de pacientes entre diferentes establecimientos y niveles del sistema.
- Más eficiencia en la administración de los recursos disponibles a través de los acuerdos de gestión y compra-venta de servicios entre establecimientos públicos, EsSalud (antes IPSS) y el sector privado.

#### En el nivel sistémico y programático

- Mejor focalización de las poblaciones prioritarias.
- Mejor regulación de la oferta y la demanda de servicios.
- Mayor información para el monitoreo y la evaluación de la situación de salud de la población en el nivel nacional, regional y local, lo cual es esencial para la formulación, ejecución y evaluación de la política pública.

---

con el fin de garantizar el buen funcionamiento del sistema y su sostenibilidad, el PFSS también modernizó los sistemas de telefonía básica y cableado eléctrico. Los equipos son de alta calidad y de última generación, adquiridos con proyección de futuro, en la perspectiva de dotar al sistema nacional de salud de un instrumento de información y comunicación de primer orden.



El PFSS realizó una serie de intervenciones con el objetivo de identificar y formular un conjunto priorizado de proyectos de inversión y, simultáneamente, avanzar hacia el desarrollo de un sistema de inversiones del sector que permita utilizar eficientemente los recursos disponibles para adecuar la oferta de servicios a las necesidades de salud de la población.

- **Proyectos de inversión.** El programa formuló proyectos para la atención de poblaciones con barreras geográficas de acceso a los servicios de salud en 5 áreas: Pomabamba (Ayacucho), Cotabambas (Apurímac), Huacaybamba (Huánuco), Condorcanqui (Amazonas) y Manú (Madre de Dios).
- **Estudios de preinversión.** El programa realizó los estudios de preinversión que sirvieron de base para formular los proyectos de ampliación y remodelación del Hospital de Emergencias Pediátricas (Lima) y la construcción del Centro de Salud de Huánuco (Huánuco). Adicionalmente, el programa apoyó al MINSA a dar una respuesta oportuna a situaciones de emergencias y desastres: El PFSS evaluó 74 establecimientos de salud afectados por desastres naturales para determinar la necesidad de rehabilitar su infraestructura y preparó 30 expedientes técnicos para su reconstrucción (6 hospitales afectados por el Fenómeno del Niño; 28 establecimientos de salud afectados por un sismo en Ica y 40 establecimientos de salud afectados por inundaciones en Apurímac, Ayacucho, Arequipa y Andahuaylas).
- **Estudios de redimensionamiento.** A través de estos estudios, el programa apoyó la modernización de los Hospitales Regionales Honorio Delgado y Goyeneche (Arequipa), Hipólito Unánue (Tacna) y Hospital de Apoyo (Puquio) y de 5 redes de servicios conformadas por puestos, centros de salud y hospitales locales en Tacna, Aparicio Pomares (Huánuco), Moyobamba, Acarí e Islay.
- **Asistencia técnica.** En el nivel regional, el programa prestó asistencia técnica orientada al fortalecimiento de la capacidad de los funcionarios de las DISAs para la elaboración de estudios y formulación de proyectos de preinversión. En el nivel central, el programa contribuyó al fortalecimiento de la capacidad institucional de la Oficina General de Planificación del MINSA. Para el efecto, el PFSS desarrolló la aplicación “Preinversión 1.0” y capacitó a los funcionarios responsables en la utilización de esta herramienta que permite sistematizar el manejo de las fichas de identificación de proyectos de inversión que se elaboran en el sector.
- **Desarrollos normativos y de política pública.** Además de elaborar manuales y guías metodológicas para la identificación de perfiles de proyectos, así como para la formulación de estudios de preinversión en el sector, el programa posibilitó el establecimiento de normas y dispositivos legales para la formulación, gestión y evaluación de proyectos de salud. Finalmente, el programa contribuyó al proceso de formulación de la política de inversión en salud, elaborando orientaciones para el manejo de recursos de inversión en el sector y propiciando la conformación de la Unidad de Inversiones en el MINSA.

## **1.5. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios / Desinfección de Agua y Alimentos**

A través de este componente, el PFSS fortaleció la capacidad de los hospitales en el manejo adecuado de los residuos sólidos generados durante el proceso de prestación de servicios. Asimismo, fortaleció la capacidad de las redes de servicios para realizar intervenciones en desinfección de agua y manejo de alimentos. A continuación se destacan los logros en cada una de estas áreas.

**1.5.1. Manejo de residuos sólidos hospitalarios.** Las acciones desarrolladas por el PFSS en este campo tuvieron como objetivo incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud y su impacto en la salud, tanto individual como colectiva. La estrategia seleccionada fue la reducción y control de las infecciones intrahospitalarias en pacientes atendidos en los establecimientos de salud resultantes del manejo inadecuado de los desechos contaminados, así como la reducción y control de los riesgos ambientales, ocupacionales y los daños a la salud pública causados por su manejo y disposición final inadecuados.

El PFSS realizó tres experiencias piloto en los hospitales docentes regionales de las ciudades de Iquitos, Trujillo y Cusco, donde informó y sensibilizó a 1580 trabajadores de salud (de los cuales capacitó a 486), a fin de generar compromiso de las autoridades hospitalarias y la activa participación de los trabajadores de estos establecimientos. En la perspectiva de institucionalizar esta iniciativa, el PFSS desarrolló un modelo para la administración eficaz y eficiente de residuos sólidos; elaboró reglamentos, guías y manuales para su manejo adecuado y desarrolló varios módulos de capacitación sobre manejo de residuos, bioseguridad, infecciones hospitalarias y gestión. En cada uno de los hospitales, el PFSS construyó una unidad de tratamiento e instaló un equipo para esterilización a vapor (autoclave) y acondicionamiento de los desechos sólidos (tritador). Asimismo, adquirió y entregó los elementos necesarios para el almacenamiento y transporte interno de los desechos hospitalarios. Como efecto indirecto del programa, se ha registrado en el país un aumento de la oferta de elementos y equipos para manejo de residuos sólidos, con reducción de los altos precios que inicialmente existían en el mercado.

La población beneficiada por este programa en forma directa se estima en 600.000 habitantes, quienes residen en el área de influencia inmediata. A partir de estas experiencias piloto se espera replicar este componente del programa hacia 18 hospitales nacionales y regionales, previa evaluación de impacto en términos de la reducción y el control de enfermedades intrahospitalarias y sus complicaciones en los usuarios finales de los servicios, en el personal de salud y en la población residente en el área de influencia inmediata de los establecimientos de salud.

**1.5.2. Desinfección del agua y manejo de alimentos.** Se lograron avances significativos en el desarrollo de intervenciones de salud pública que beneficiarán a 245 mil habitantes en 503 localidades de pobreza crítica en Lima (norte de la ciudad y provincias), Huánuco, Pucallpa y Andahuaylas, quienes carecen de servicio de abastecimiento de agua potable y presentan problemas de salud asociados al consumo de agua y alimentos.

El PFSS, a través del convenio de cooperación técnica entre el MINSA y la OPS/OMS (CEPIS), realizó acciones de sensibilización y capacitación en los ámbitos seleccionados, adquirió los equipos, materiales e insumos necesarios y promovió la participación de las comunidades beneficiarias. Como resultado, las comunidades organizadas conformaron y se

responsabilizaron de la operación de 163 sistemas de desinfección de agua, utilizando tecnología apropiada a las características de cada localidad (según la calidad físico-química y bacteriológica del agua, así como de la disponibilidad de suministro eléctrico público, existen tres modalidades: Producción de hipoclorito de sodio mediante electrólisis de sal común, filtros de mesa domiciliarios y mezcla de oxidantes).

Como resultado de estas intervenciones, se evidenció una importante disminución de la ocurrencia de casos de cólera y otras enfermedades diarreicas en aquellas comunidades donde los sistemas funcionaron adecuadamente. El informe final del estudio preparado por CEPIS reportó que la tasa de prevalencia de diarreas disminuyó 18.2% en las comunidades intervenidas con respecto a las comunidades de control. Asimismo, según la evaluación final del programa se estimaron reducciones en la incidencia de enfermedad entre un 12 y un 50%.

## **1.6. Reestructuración Sectorial**

Con el apoyo del PFSS, el MINSA sentó las bases e inició el proceso de modernización y reforma del sector salud, en la perspectiva de lograr mayor equidad en el acceso de la población peruana a servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad.

Con base en las propuestas de su equipo técnico, así como de los estudios y las consultorías financiadas por el programa, en interacción con diferentes instancias de línea y otros proyectos del MINSA, el PFSS propició la formulación y aprobación de normas y reglamentaciones aplicables al sector (nivel sistémico), tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo. De igual manera, el trabajo realizado por el PFSS contribuyó a la formulación y puesta en operación de procesos técnicos y administrativos orientados a modernizar la gestión de los hospitales públicos y los establecimientos de atención básica bajo la modalidad de redes de servicios.

Entre los desarrollos normativos, técnicos y administrativos logrados en el contexto de reforma sectorial, se destacaron los siguientes:

- ❑ Análisis de la Situación de Salud (ASIS), uno de los primeros productos del PFSS, constituyó un instrumento clave para el desarrollo de la reforma. Permitió definir criterios básicos que facilitaron la toma de decisiones para la orientación del programa y para la formulación del documento rector de la política sanitaria en el país en el período 1995 – 2000.
- ❑ Ley General de Salud, por la cual se modernizó la legislación nacional y reglamentó el principio constitucional con respecto a la responsabilidad del Estado en relación con la salud pública. Esta Ley redefinió los derechos, responsabilidades y relaciones entre las instituciones y los ciudadanos, en materia de salud.
- ❑ Reglamentos de la Ley General de Salud sobre Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines; Registro, Comercialización y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas; de la Fabricación, Elaboración y Expendio de Alimentos y Bebidas; del Aseo Urbano y del Saneamiento Ambiental, entre otros.
- ❑ Ley de Modernización de la Seguridad Social, orientada a resolver problemas relacionados con la cobertura, eficiencia y la calidad de los servicios prestados a la

población asegurada en el régimen contributivo. La Ley creó las condiciones para el fortalecimiento del Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS (hoy llamado EsSalud) en su función de brindar a sus asegurados prestaciones de prevención, promoción, recuperación de la salud, bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. Mediante esta Ley se establecieron las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) como instancias públicas o privadas que prestan servicios de baja complejidad a la población asegurada como complemento a los servicios prestados por el IPSS; se incentiva la ampliación de la cobertura de la seguridad social a través de seguros potestativos; se promueve la participación del sector privado en la atención de los trabajadores de aquellas empresas que opten por contratar planes de salud con EPS y se crean las condiciones para un ambiente de competencia y un mayor poder de elección por parte de los usuarios de los servicios. La Ley también creó la Superintendencia de EPS (SEPS) responsable de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS.

- ❑ Desarrollo de reglamentaciones e instancias orientadas a instrumentar el funcionamiento adecuado del régimen contributivo, tales como la reglamentación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y de la SEPS; la constitución de la Comisión Permanente (Comisión Monitorea de la Evolución de la Seguridad Social en Salud); la reglamentación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y el desarrollo de reglamentos y procedimientos en áreas de competencia de la SEPS.
- ❑ Desarrollo de dispositivos normativos para el desarrollo gerencial de hospitales y redes de servicios en un marco de autonomía regulada, lo cual permitirá una mejor gestión de los recursos públicos sin que los establecimientos pierdan su función social y su calidad de establecimientos estatales.
- ❑ Aplicaciones iniciales de propuestas de reforma en el subsector público, tales como:
  - Definición de una estructura productiva común para los hospitales y redes de servicios y desarrollo de sistemas de costos, tarifas y facturación que permiten un manejo gerencial de los establecimientos de salud.
  - Desarrollo del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) orientado a elevar la eficiencia en la asignación y uso de los recursos públicos para el financiamiento de los establecimientos de salud. Para el efecto, se creó la instancia responsable del PAAG en el MINSA, Unidades de Administración de Acuerdos de Gestión en 5 DISA y en establecimientos de salud seleccionados. A través de los Acuerdos de Gestión se establecieron metas de producción de servicios y de atención a la población pobre en hospitales y redes de servicios.
  - Asistencia técnica para la organización y desarrollo del modelo de administración compartida a través de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Esta modalidad de gestión permite la activa participación de la comunidad en la administración y la gestión de los servicios de salud en diferentes áreas tales como la formulación y ejecución de planes locales de salud orientados a la atención de grupos prioritarios de población; el mejoramiento y conservación de la infraestructura física y equipamiento de los establecimientos; la adquisición de insumos para la prestación de servicios básicos; la dotación y capacitación del personal de salud, así como la atención extramural de las necesidades de salud de los habitantes de la localidad.

- Ejecución de cinco experiencias piloto para la aplicación del SMI que lograron elevar la cobertura de atención en control prenatal, parto institucional, recuperación de casos críticos y control postnatal de madres y niños.
- Política de Asignación de Recursos Públicos y directiva de Formulación Presupuestal. Ambos productos orientados a mejorar la equidad en la asignación de recursos entre regiones del país y ordenar los recursos públicos en dos grandes categorías: atención individual y salud colectiva.

Además de los desarrollos anteriores y como uno de los aportes más significativos del PFSS en el nivel programático, se destaca su propuesta de Plan Garantizado de Servicios de Salud, orientada a lograr reducciones significativas en la carga de enfermedad de la población peruana a corto y mediano plazo, a través de intervenciones efectivas, de costo razonable y por tanto, factibles de implementar. Partiendo de la base que los recursos para la atención de salud son limitados, el PFSS consideró imperioso optimizar los recursos disponibles seleccionando las intervenciones más costo-efectivas que deben ser prestadas a la población. La decisión de priorizar las intervenciones se impuso, no sólo por razones de eficiencia, sino fundamentalmente para elevar la efectividad del sistema, lo cual se traducirá en más años de vida saludable para la población, menos muertes prematuras, menos discapacidad y menos dolor y sufrimiento.

Con este objetivo, el PFSS desarrolló la propuesta técnica de Plan Garantizado de Servicios de Salud, la cual integró intervenciones dirigidas, tanto a los individuos como a las poblaciones en su conjunto. Con base en esta propuesta, el PFSS desarrolló la propuesta del Seguro Materno-Infantil (como una primera fase en la implementación del Plan Garantizado) y preparó, en coordinación con el Banco, el Programa de Desarrollo del Sector Salud – Seguro Materno Infantil, a ejecutar a través del préstamo 1208/OC-PE (aprobada por el Directorio en Octubre de 1999 y actualmente en espera de suscripción).

Esta operación, orientada a la modernización y reforma del sistema de salud en el Perú tiene como objetivos específicos los siguientes:

- Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil mediante la reducción de las barreras económicas, físicas y culturales a la utilización de los servicios materno-infantiles por las poblaciones pobres y vulnerables.
- Fortalecer las acciones de salud pública, principalmente en el campo de las enfermedades transmisibles y salud ambiental y de vigilancia epidemiológica.
- Apoyar el desarrollo, implantación y seguimiento de políticas sectoriales que permitan focalizar el gasto público hacia grupos vulnerables e intervenciones costo-efectivas.
- Desarrollar nuevos modelos de organización, gestión, financiamiento y prestación de servicios orientados a incrementar la productividad y eficiencia de los recursos del sector.
- Desarrollar nuevas capacidades del Ministerio de Salud para fortalecer su liderazgo y rectoría sectorial.

## **Síntesis de logros alcanzados por el PFSS**

Se puede afirmar que la contribución del PFSS fue esencial para iniciar el proceso de modernización y reforma del sector salud en el Perú. De hecho, a través de las diferentes intervenciones de reestructuración, rediseño, reorientación y reprogramación que el MINSA realizó con el apoyo del programa, se lograron avances en los siguientes aspectos del sistema de salud:

- La relación entre el Estado y sus ciudadanos, en función de los derechos y responsabilidades relacionados con la salud
- La interacción entre los diferentes actores del sistema, públicos y privados, así como la articulación entre diferentes niveles de gobierno, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo
- Los criterios para regular el acceso de la población a los servicios
- El financiamiento del sistema
- La organización de las instituciones del sistema
- La mezcla de funciones entre sectores público y privado
- El grado y las formas de participación social, y
- La interacción del sector salud con otros sectores de impacto en la salud.

## **B. Nivel esperado de logro, desarrollos no previstos y sostenibilidad**

Con base en la anterior enumeración de logros de los componentes del programa puede afirmarse que los objetivos previstos se cumplieron en forma satisfactoria. Esta afirmación se hace desde el punto de vista cualitativo, ya que inicialmente no se establecieron indicadores de logro del proyecto en términos cuantitativos (para la fecha de preparación de esta operación en el Banco no se usaba la metodología del marco lógico).

El nivel de logro alcanzado por este proyecto es aún más meritorio al analizar retrospectivamente la situación que se vivía en el Perú durante la fase de preparación y puesta en marcha de esta operación, la cual se caracterizada por una muy deficiente capacidad institucional de la agencia ejecutora y de las demás organizaciones del sector. Según los antecedentes presentados por el MINSA para la elaboración de este informe, el país se encontraba en una situación muy difícil y su sistema de servicios de salud, prácticamente, se hallaba en el colapso como consecuencia de la crisis social, política y económica sufrida durante la década de los años ochenta. Entre 1985 y 1991 el gasto *per cápita* del MINSA descendió en un 50% causando un deterioro muy serio en la provisión y calidad de los servicios prestados a la población con el consiguiente retroceso en los indicadores de salud.

Después de la aprobación del proyecto, no se produjeron cambios importantes en sus objetivos y componentes. Durante la segunda mitad del período de ejecución, en consulta con la agencia ejecutora y con base en los objetivos del proyecto, COF/CPE construyó un marco

lógico que sirvió como marco para poner en contexto los avances del programa y realizar las tareas de seguimiento y evaluación. Como puede apreciarse en el cuadro siguiente, en los reportes ISDP elaborados para el Informe Anual Sobre la Administración de la Cartera, el logro de los objetivos de desarrollo y el progreso en la ejecución de este proyecto fueron clasificados como “satisfactorios” y “muy satisfactorios” durante el período 1997-1999.

Clasificación de desempeño del ISDP a fin de año	Años en Ejecución							
	1993*	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Objetivos de Desarrollo (OD)					P	MP	MP	
Progreso en la Ejecución (PE)					S	MS	MS	
Probabilidad de que se mantengan los supuestos [A, B]					A	A	A	

\* Año de la aprobación del Directorio

El programa logró resultados importantes que no se previeron inicialmente, entre los cuales se destacan los siguientes:

- El programa apoyó el diseño de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), estrategia reconocida actualmente en el ámbito internacional como eficaz para asegurar la participación directa de la comunidad en la toma de decisiones en salud. El PFSS apoyó no solo el diseño inicial de esta estrategia, sino además hizo seguimiento y monitoreo a la iniciativa, la cual se extendió a casi la cuarta parte de los establecimientos de atención primaria de salud en el país.
- Se diseñó y puso en marcha el Seguro Materno Infantil (SMI), establecido por el programa como un mecanismo de financiamiento a la demanda para disminuir barreras de acceso y mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil. Esta iniciativa constituye el principal componente de la nueva operación del Banco en el Perú y constituye la “punta de lanza” del proceso de reforma del sector salud durante los próximos años.
- El programa apoyó eficazmente al MINSA en el proceso de rehabilitación de la infraestructura afectada por el Fenómeno del Niño y terremotos, así como en el desarrollo de nuevos enfoques metodológicos para el fortalecimiento de los servicios a partir del análisis y dimensionamiento de la demanda.

La sostenibilidad de los desarrollos logrados por el PFSS dependerá en gran medida de la existencia de voluntad política del Gobierno del Perú durante los próximos años para continuar y profundizar el proceso de reforma sectorial que se inició con la actual operación. En esta perspectiva, se ha preparado la nueva operación 1208/OC-PE, cuya primera fase de ejecución está prevista para el período 2001-2004.

### **III. LECCIONES APRENDIDAS DEL PROYECTO**

#### **A. Del diseño del proyecto**

Por lo expuesto anteriormente, se considera que, en términos generales, el diseño general del programa fue adecuado para responder a las condiciones imperantes en el país en el momento en que se preparó esta operación. Aunque no se acordaron metas cuantificables para el programa, se formuló una serie de objetivos a lograr, los cuales sirvieron de marco para la ejecución de los diferentes componentes del proyecto, en función de las necesidades más apremiantes del sistema de servicios de salud.

Los objetivos planteados abordaron las grandes prioridades del sistema de salud, lo que permitió la flexibilidad necesaria en los procesos de reforma sectorial, los cuales se desarrollan en un contexto de cambio e incertidumbre.

Con base en la evaluación de la capacidad institucional del MINSA y teniendo en cuenta las serias limitaciones existentes para proceder a la ejecución, el Banco consideró necesario que varias agencias especializadas apoyaran la ejecución del programa.

A continuación se enumeran los aspectos del diseño de la operación que más contribuyeron a los éxitos y las dificultades del programa:

#### **Contribuyeron al éxito del programa:**

- La flexibilidad que se dio al MINSA para ejecutar los componentes del programa a partir de los objetivos previstos. El establecimiento de un Fondo de Inversiones como mecanismo para la ejecución del programa fue bastante apropiado.
- La complementariedad entre las diferentes intervenciones del programa. A través de un conjunto de intervenciones de fortalecimiento en las áreas de equipamiento, capacitación, información, comunicación y desarrollo de procesos gerenciales, se logró recuperar el sistema de servicios de salud del colapso en que se encontraba al inicio del proyecto. Asimismo, se incluyeron intervenciones orientadas a la reestructuración del sector, a través de las cuales se logró avanzar en el proceso de reforma sectorial.
- La orientación (focalización) de los recursos hacia el primer nivel de atención. El orientar el fortalecimiento de la capacidad resolutoria y de la gerencia de servicios hacia los establecimientos del primer nivel de atención (puestos de salud, centros de salud y hospitales locales), los cuales atienden el mayor porcentaje de los problemas de salud de la población, permitieron alcanzar los mejores índices de costo-efectividad de la inversión realizada.

#### **Dificultaron la ejecución del programa:**

- La limitada capacidad de la agencia ejecutora y las dificultades para la coordinación inter-institucional entre diferentes ministerios involucrados, las cuales generaron condiciones poco favorables para la expedita ejecución del proyecto en su fase inicial (el cumplimiento de condiciones previas tardó un año).



## **B. De la ejecución del proyecto**

Entre los factores positivos y negativos para la ejecución de cada uno de los componentes del programa, se destacan los siguientes:

### **Factores positivos que contribuyeron al éxito del programa:**

- El progresivo desarrollo de una relación productiva entre la Representación del Banco en el Perú y la agencia ejecutora (MINSA)
- La conformación la Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP) en el MINSA
- La necesaria coordinación entre la Representación y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que se llegó a establecer hacia la segunda mitad del programa
- El apoyo proporcionado por OPS/OMS, CEPIS/OPS y UNOPS a la UCP
- La motivación y la capacidad de trabajo del personal del sector salud a todo nivel
- La movilización de nuevos recursos del tesoro público hacia el sector salud (durante el periodo 1994-1998 se destinaron alrededor de US\$100 millones procedentes del tesoro público para pagar trabajadores de salud en puestos y centros de salud en las áreas más pobres)

### **Factores negativos que dificultaron la ejecución del programa:**

En términos generales, los siguientes factores dificultaron y prolongaron la ejecución del programa (aunque la duración prevista era cuatro años, se ejecutó en siete):

- La limitada capacidad institucional del MINSA, tanto en el nivel central como regional, para asumir tareas y actividades emprendidas por el programa.
- Los conflictos internos entre diferentes instancias del MINSA y las dificultades de coordinación entre diferentes instituciones involucradas.
- Las restricciones presupuestales de contrapartida nacional existentes en algunos periodos durante la vida del proyecto y la demora en el desembolso de los recursos del OECF (que también actuaba como contrapartida a los recursos BID).
- La lentitud de los procesos administrativos de UNOPS, agencia encargada de la adquisición del equipamiento del proyecto.
- La falta de un enfoque integral de gestión en el subsector público de salud que sirviera de referencia para articular diferentes intervenciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional.
- La alta inestabilidad y rotación del personal en las DISAs como en los establecimientos de salud, a nivel gerencial y operativo.
- La tendencia centralizada de ejecución de los programas en el MINSA, que determinó una reducida participación de las autoridades de las DISAs en la toma de decisiones y en la adecuación de la estrategia general del programa a las particularidades regionales y locales.

En términos específicos para cada componente, se identificaron los siguientes factores:

#### **1. En Equipamiento**

- La lentitud de los procesos administrativos de UNOPS para la adquisición de bienes y la inmovilización de cantidades sustanciales de recursos financieros del programa en la cuenta de UNOPS durante períodos prolongados

- La limitada disponibilidad de recursos de tesoro público en las DISAs y los establecimientos de salud para asumir sus responsabilidades en el mantenimiento de los equipos
- La muy restringida concepción de mantenimiento de equipos existente en el personal de los establecimientos de salud, quienes concebían el mantenimiento como la simple limpieza y/o reparación una vez el equipo quedaba fuera de operación
- La ausencia de un mercado local de proveedores de insumos y repuestos para el mantenimiento de los equipos
- La ausencia de protocolos de atención
- La alta rotación de personal ya capacitado

## **2. En Capacitación y Apoyo a la Gestión**

- La falta de un modelo de atención que sirviera de referencia para la identificación de las necesidades de capacitación con base en las competencias del personal de los diferentes establecimientos de salud (puestos, centros de salud, hospitales locales)
- La falta de hábito de lectura en los trabajadores de salud
- La falta de capacidad de los tutores locales encargados de la fase no presencial
- El reducido mercado de firmas e instituciones formadoras con capacidad para ofrecer buenos cursos de capacitación a distancia, diseñar materiales auto-instructivos y aplicar metodologías que permitan la aplicación de herramientas gerenciales a la práctica cotidiana de los participantes en el servicio
- La tendencia de los proveedores de cursos de capacitación a ofertar paquetes estandarizados (“enlatados”) y con metodología de clases magistrales que no respondían a las necesidades específicas del personal en el nivel regional y local. Con pocas excepciones, los proveedores existentes tenían muy poca experiencia de trabajo en el sector público ni en el área de salud

## **3. En Sistemas Operativos**

- La insuficiencia de recursos financieros para cubrir costos de operación de los nuevos sistemas implementados
- La insuficiencia de personal con suficiente formación profesional especializada vinculado a las DISAs capaz de recibir la asistencia técnica relacionada con los sistemas de información y comunicación proporcionada por el programa

## **4. En Preinversión**

- La falta de firmas consultoras locales o equipos locales de profesionales con experiencia en procesos de preinversión con capacidad de adelantar estudios de redimensionamiento de la infraestructura de servicios de salud
- El precario desarrollo del sistema de inversión en el sector y la limitada articulación entre las instancias responsables

## **5. En el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios / Desinfección de agua y Alimentos**

- La deficiente cultura institucional de los establecimientos de salud en materia de bioseguridad
- La irregular participación de los miembros de la comunidad responsables de la operación de los sistemas de desinfección de agua
- La reducida disposición de la comunidad a adquirir el desinfectante producido
- La escasa participación de los gobiernos locales y del personal de los establecimientos de salud en la iniciativa

## **6. En Reestructuración Sectorial**

- Las dificultades de coordinación inter-institucional entre diferentes instancias del Estado en relación con el proceso de reforma, dados los costos políticos y financieros a enfrentar
- Las presiones de los gremios profesionales y otras organizaciones de la sociedad civil, que se consideraban afectadas por el proceso de reestructuración del sector

### **Problemas más importantes durante la ejecución del programa:**

#### **1. Problemas en Equipamiento**

- Es necesario destacar que los problemas ocurridos fueron relativamente escasos, teniendo en cuenta la gran debilidad institucional que existía en el MINSA y la poca experiencia del sector en grandes procesos de adquisición y distribución masiva de equipos como la que ejecutó el programa.
- Se presentaron demoras en la entrega de algunos equipos, debido en gran parte a la lentitud de los procesos administrativos de UNOPS. Esta agencia tuvo retrasos en reportar la información financiera y contable necesaria para calcular los precios unitarios finales de los bienes y equipos adquiridos, lo cual, sumado a las dificultades para la operación de las Comisiones Locales de Recepción de Bienes por la alta rotación del personal, retrasó la entrega de las actas de propiedad patrimonial a los establecimientos.
- Se reportaron varios casos de entrega de equipos a los establecimientos equivocados. En algunos casos faltó coordinación adecuada para la entrega de bienes y equipos a fin de garantizar la participación de personal administrativo y clínico más idóneo que pudiera verificar el estado y las especificaciones de los bienes entregados.
- En relación con el mantenimiento de los equipos, se presentaron algunas deficiencias de los contratistas responsables de prestar los servicios respectivos, así como dificultades para adquirir en el mercado nacional los repuestos y suministros correspondientes. También se presentaron deficiencias en la capacitación impartida por parte de algunos proveedores de equipos quienes se limitaban a dar una ligera explicación de su operación y cuidado externo, en lugar de proveer una verdadera capacitación.
- Hubo deficiencias en la actividad de monitoreo y supervisión, debido a la falta de recursos suficientes asignados en este rubro al PFSS. La delegación de estas tareas en las DISAs tampoco funcionó adecuadamente, dada la insuficiencia de recursos y la falta de capacidad en este campo.

#### **2. Problemas en Capacitación y Apoyo a la Gestión**

- El programa no involucró suficientemente a las DISAs en el diseño de la intervención, formulación de términos de referencia y selección de las firmas responsables de dictar los cursos. También hubo deficiencias en la formulación y aplicación de criterios para la selección de los participantes, así como en la supervisión de las firmas contratada.

#### **3. Problemas en Sistemas Operativos**

- La decisión de la alta dirección del MINSA de cancelar la licitación internacional programada para contratar la firma responsable de la ejecución integral de los sistemas operativos (información, telecomunicaciones, mantenimiento, monitoreo y logística) constituyó un problema importante. Esto obligó a la UCP a contratar directamente a múltiples contratistas con lo cual se dificultó la ejecución del

programa por falta de secuencia y complementariedad adecuadas en la implementación de los diferentes subcomponentes, lo cual, a su vez, prolongó la ejecución del programa.

- De otra parte, faltó difusión sobre las posibilidades que brinda la utilización de los nuevos sistemas y capacitación a los usuarios para su operación

#### **4. Problemas en Preinversión**

- No se dio suficiente participación a las autoridades del nivel regional en la formulación de términos de referencia para estudios de redimensionamiento.

#### **5. Problemas en Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios / Desinfección de agua y Alimentos**

- Faltó mayor supervisión y monitoreo por parte de las diferentes instancias responsables de esta intervención y mayor involucramiento de las DISAs y los establecimientos de salud
- Aunque los estudios previos mostraron teóricamente buena viabilidad para la sostenibilidad de los sistemas de desinfección de agua, en la práctica su sostenibilidad se mostró muy frágil e inestable en algunas localidades, debido a los bajos volúmenes de adquisición del producto por parte de los beneficiarios que no permitían siquiera cubrir los costos directos de producción.

#### **6. Problemas en Reestructuración Sectorial**

- Debido a los factores negativos planteados previamente, el proceso de reestructuración avanzó más lento de lo previsto e, incluso, varias de las propuestas e iniciativas no se dieron o han quedado inconclusas

### **C. Desempeño del Prestatario/Ejecutor**

En términos generales, la agencia ejecutora cumplió eficazmente con los procedimientos requeridos por el Banco. Para la iniciación del programa se presentaron demoras prolongadas debido a la gran debilidad institucional existente y a la inexperiencia de la institución para cumplir con los procedimientos del Banco.

La falta de un buen sistema de información constituyó un problema permanente a lo largo de la ejecución del programa. No obstante, con el progresivo fortalecimiento de la capacidad institucional, el MINSA utilizó cada vez mejor la información para mejorar la gestión del programa.

Aunque la capacidad analítica para la toma de decisiones también mejoró progresivamente, se presentaron algunas deficiencias en la articulación entre diferentes componentes del programa y en la coordinación entre distintas instancias de dirección en el MINSA. Esto limitó la identificación de problemas de manera oportuna y la toma de acción en forma expedita para resolverlos.

La utilización del personal técnico y administrativo por el programa fue acertada en términos generales. El MINSA combinó la contratación de firmas consultoras con la contratación directa de consultores individuales. Mientras las firmas fueron responsables de ejecutar productos muy claros y definidos, los consultores individuales apoyaron especialmente el proceso de análisis y debate para la conceptualización del programa de reforma y su inserción dentro de las estrategias globales del MINSA.

No obstante los avances logrados, salvo contadas excepciones, faltó mayor coordinación entre la UCP y los órganos de línea que hacen parte de la estructura organizativa central del MINSA. La dinámica institucional del MINSA en el nivel central redujo las posibilidades para un óptimo aprovechamiento de la producción del programa que fue abundante en términos de orientaciones, recomendaciones y propuestas en cada uno de sus diferentes componentes.

La capacidad institucional del MINSA, tanto en el nivel central como en sus direcciones regionales y sus establecimientos prestadores de servicios de salud mejoró sustancialmente durante la ejecución del PFSS. El notable incremento en la demanda de cursos de postgrado en salud pública constituye un buen indicador del fortalecimiento institucional del sector. El fortalecimiento institucional del MINSA se dio gracias a varios factores, entre los que se destacan los siguientes:

- La asistencia técnica de OPS/OMS, CEPIS/OPS y UNOPS
- La vinculación de consultores al programa quienes trajeron nuevo expertismo al MINSA, muchos de los cuales trabajan ahora como directivos y funcionarios de planta de la institución o como expertos en áreas técnicas altamente especializadas
- La asistencia técnica recibida por las firmas contratadas para la ejecución de los diferentes componentes, en especial el de capacitación y mejoramiento de la gestión

### **Desempeño de las agencias que apoyaron la ejecución del programa**

En la coordinación entre el MINSA y las tres agencias que apoyaron la ejecución del programa a través de asistencia técnica especializada (OPS/OMS, CEPIS-OPS y UNOPS) se presentaron dinámicas y resultados variables.

**OPS/OMS.** El desempeño de esta agencia que apoyó al programa en diferentes aspectos técnicos fue muy bueno. De hecho, OPS/OMS representó para el programa una fuente de asistencia técnica permanente y de alta calidad.

**CEPIS-OPS.** De la misma manera, el desempeño de CEPIS-OPS, agencia que apoyó la ejecución del componente residuos sólidos hospitalarios / desinfección de agua y alimentos, fue muy positivo.

**UNOPS.** El desempeño de UNOPS, agencia encargada de los procesos licitatorios para la adquisición del equipamiento del PFSS, tuvo aspectos positivos y negativos:

#### Aspectos positivos de la participación de UNOPS:

- Se destacan importantes efectos positivos. No se presentaron reclamos e impugnaciones de los postores no favorecidos en la ejecución de los procesos licitatorios realizados por UNOPS, en contraste con lo sucedido en otras licitaciones llevadas a cabo por el MINSA. De hecho, la imagen de UNOPS aportó una percepción de imparcialidad y transparencia en la selección de proveedores.
- El contar con UNOPS, como agente de adquisiciones que conocía y manejaba adecuadamente los procedimientos BID, permitió al MINSA contener los costos

administrativos de la infraestructura operativa que hubiese requerido para dar soporte a una operación de la magnitud como la ejecutada por el programa. La UNOPS tuvo menores problemas en la ejecución de los pagos a los proveedores y, a pesar de las demoras en los pagos, no registró reclamos de los proveedores como los que experimentó el MINSA, por causa de las normas que rigen la actividad comercial en el país.

- Finalmente, la participación de UNOPS aportó al PFSS experiencia en la preparación de especificaciones técnicas, proporcionó precisión y detalle en la evaluación de las propuestas técnicas y permitió un buen control en la ejecución contractual y la evaluación de cumplimiento de los proveedores.

#### Aspectos negativos de la participación de UNOPS:

- Según lo reportado por la UCP del MINSA, la lentitud de UNOPS en el cumplimiento de las tareas bajo su responsabilidad constituyó un problema recurrente durante la vida del proyecto y ocasionó un sistemático incumplimiento de los cronogramas de ejecución de los procesos de licitación. Los lentos procedimientos operativos (por ejemplo, la evaluación de ofertas tomaba, en promedio, 4 meses) y de coordinación de UNOPS entre Lima, Nueva York y Copenhague, junto con la exigencia de UNOPS de disponer de los recursos financieros en forma anticipada, dieron lugar a la inmovilización de cantidades sustanciales de recursos del fondo rotatorio del PFSS en la cuenta de UNOPS durante períodos prolongados. Esto ocasionó serias dificultades al programa para la oportuna justificación de recursos ejecutados y la correspondiente presentación de solicitudes de reposición del fondo rotatorio ante el Banco, reduciendo el nivel de liquidez del programa.
- Se dieron problemas relacionados con la ausencia de mecanismos de control y acción oportuna de UNOPS ante el incumplimiento de los proveedores, lo cual ocasionó dificultades al PFSS. A pesar del reiterado incumplimiento en los períodos y condiciones de entrega por parte de algunos proveedores, UNOPS no aplicó las normas establecidas en las Bases de Licitación (por ejemplo, la rescisión del contrato). Adicionalmente, la forma de contabilizar las penalidades a los proveedores generó diferencias en la valorización de los bienes, lo cual obligó a la UCP del MINSA a aplicar un procedimiento contable incompatible con las normas nacionales en el Perú.
- Finalmente, la UCP del MINSA, como agencia ejecutora y cliente de UNOPS, reportó problemas de información por parte de UNOPS. Entre ellos se destacan, la falta de información financiera oportuna, con desfases de tres meses como mínimo, y la carencia de un sistema de reportes financieros orientados “al cliente” de acuerdo con sus necesidades de información. UNOPS presentó reportes de ejecución con escaso detalle sobre cada Orden de Compra, lo cual no permitió llevar un control sistemático de la ejecución. Asimismo, UNOPS presentó tardíamente los reportes financieros de detalle del uso de los recursos, lo cual generó demoras considerables para llevar a cabo la transferencia patrimonial de los bienes a las Direcciones de Salud, obligando al PFSS a mantener pendientes contables en sus estados financieros.

#### Recomendaciones para la participación de UNOPS en futuros proyectos BID

Con base en los aspectos positivos y negativos de esta experiencia se recomienda articular las fortalezas operacionales de UNOPS y de las agencias ejecutoras a fin de conseguir resultados óptimos en futuros proyectos. Esto podría lograrse mediante la siguiente combinación: a)

procesos de licitación y contratación a cargo de UNOPS; b) supervisión a cargo de la agencia ejecutora (mediante contratación) y, c) pago directo a proveedores por parte del Banco. Todo lo anterior respaldado por información financiero-contable oportuna y precisa.

Entre las sugerencias presentadas por la UCP del MINSA para mejorar la dinámica entre el Banco, la UNOPS y la agencia ejecutora, se destacan las siguientes:

- Establecer procedimientos que impliquen mayor control de la agencia ejecutora sobre la operación financiera de UNOPS.
- Afinar mecanismos que permitan obtener bienes y servicios a menores precios, mejor calidad y en forma más oportuna.
- Modificar y simplificar las Bases Administrativas y documentación relativa.
- Evaluar en forma conjunta las ofertas con la agencia ejecutora.
- Solicitar demostración previa de los bienes ofertados.
- Contratar buenos expertos para la evaluación de ofertas y el seguimiento a los procesos y contratos.
- Conferir a la oficina nacional de UNOPS mayor autonomía, prescindiendo de algunas autorizaciones innecesarias de Nueva York y/o Copenhagen.
- Presentar reportes financieros detallados del uso de los recursos de la operación, en forma periódica y sistemática.

#### **D. Seguimiento del desempeño del proyecto por parte del ejecutor**

Como se mencionó anteriormente, durante la preparación de esta operación no se elaboró el marco lógico del proyecto, ni se levantó una línea de base de la situación inicial que permitiese posteriormente monitorear los avances. Estos factores, sumados a la precariedad del sistema de información existente en el sector, crearon dificultades para el seguimiento del programa por parte de la agencia ejecutora durante los primeros años de ejecución y fueron motivos de tensión entre la agencia ejecutora y el Banco.

#### **E. Supervisión del Banco**

Los especialistas de la Representación del Banco en el Perú y los miembros del equipo de proyecto en la Sede estuvieron prestando la asistencia técnica necesaria y monitoreando el desarrollo de la operación. Inicialmente, la tarea no fue fácil, dada la falta del marco lógico, la precariedad del sistema de información y la falta de una línea de base, factores que imposibilitaban en gran medida al ejecutor para presentar ante el Banco información pertinente y relevante sobre el avance del proyecto.

Durante la segunda mitad del programa, las acciones de asistencia técnica y monitoreo del Banco se facilitaron gracias a la contextualización de los avances del programa en el marco de los procesos de reforma sectorial realizada por Representación. La mayor comprensión de los avances logrados por el MINSA facilitó en gran medida la relación Banco – ejecutor.

## **V. LECCIONES PRINCIPALES Y RECOMENDACIONES PARA FUTUROS PROYECTOS**

### **A. Lecciones aprendidas y recomendaciones para futuros proyectos**

**Lección No. 1.** La elaboración de un buen marco lógico es de importancia capital para la buena ejecución de los proyectos.

**Lección No. 2.** La mejor garantía para la sostenibilidad y la institucionalización de las intervenciones de los proyectos es el trabajo coordinado y articulado entre las unidades coordinadoras de proyecto y las instancias organizacionales de las agencias ejecutoras (ministerios, direcciones generales, etc.). Es valioso todo esfuerzo del Banco por generar el mejor balance posible entre la capacidad de ejecución que proporciona una Unidad Coordinadora de Proyecto en el corto plazo y el desarrollo institucional de las agencias ejecutoras en función de la sostenibilidad de las intervenciones del Banco en el mediano y largo plazo.

**Lección No. 3.** Es necesario garantizar la plena participación de las instancias regionales y locales en la adecuación de las estrategias nacionales del programa. A través del componente capacitación se evidenció la importancia de utilizar estrategias diferenciadas y específicas para las necesidades regionales y locales. Aunque se pueden tener criterios básicos y generales, una estrategia homogénea no es lo más recomendado. Para lograr este propósito, y al mismo tiempo asegurar la implementación de las propuestas de mejoramiento de la gestión en los servicios surgidas en los eventos de capacitación, es esencial que las autoridades regionales y locales participen a lo largo del todo el proceso y tengan un alto nivel de autonomía.

**Lección No. 4.** La motivación del recurso humano es uno de los componentes más importantes en los procesos de cambio y transformación del sistema de salud. Como una de las lecciones aprendidas se destaca la gran importancia del clima organizacional y la motivación del personal de salud para avanzar en los procesos de reforma del sector.

Las acciones de información, sensibilización, capacitación y/o supervisión del personal involucrado en los proyectos son imprescindibles para generar un mayor sentido de participación y pertenencia en los beneficiarios, ya sean éstos directos o indirectos. En la medida en que todos los actores involucrados estén lo suficientemente capacitados y se sientan partícipes, dueños y responsables del proyecto, se estimula una mayor proactividad y con ello el nivel de gestión mejora ostensiblemente.

De otra parte, las acciones oportunas de información y difusión son esenciales para reducir la incertidumbre y el nivel de conflicto entre diferentes actores involucrados en los procesos de cambio y transformación institucional. En este mismo orden de ideas, es necesario que los responsables técnicos desarrollen la capacidad de comunicarse efectivamente con los responsables de la toma de decisiones políticas.

**Lección No. 5.** Las estrategias de fortalecimiento de los servicios y de reestructuración sectorial se potencian sinérgicamente y sirven como base a los procesos de reforma. En esta operación, no obstante que el equipamiento entregado era mínimo frente a las grandes necesidades existentes, el impacto logrado sobre los servicios de atención primaria fue notablemente mayor de lo esperado. No sólo incrementó el número y tipo de servicios disponibles para la población y mejoró la eficiencia y la calidad en la atención sino además



tuvo efectos importantes en el clima organizacional, la motivación del personal de salud y la disposición a contribuir al proceso de reforma del sector.

La evaluación del programa mostró que la mayor precisión y rapidez lograda en el diagnóstico clínico gracias al nuevo equipamiento posibilitó una atención más oportuna y eficaz en la solución de los problemas de salud. Esto se tradujo en mayor satisfacción del personal de salud y confianza en el sistema, así como en una notable mejora de su imagen profesional e institucional ante los usuarios. De esta manera, mejoró no sólo la capacidad operativa sino el ánimo y la motivación del personal asistencial y administrativo, generando una corriente de renovación y de mayor compromiso con su institución. Por su parte, la mayor confianza y seguridad de los usuarios se reflejó rápidamente en el aumento de la demanda de servicios a todo nivel, incluso de usuarios privados y de la seguridad social. Esto, a su vez, elevó la captación de recursos propios y permitió nuevas mejoras en el equipamiento y la disponibilidad de personal, produciéndose un círculo virtuoso que no ha dejado de evolucionar favorablemente y a un ritmo impresionante. Este impacto se logró, a pesar de las dificultades administrativas y problemas del aparato organizativo del MINSA, que no estaba preparado para una masiva distribución y recepción de bienes.

Uno de los impactos más importantes, en términos del proceso de reforma sectorial y en la perspectiva de mejor costo-efectividad del sistema de salud, es haber revertido la demanda de servicios hacia el primer nivel de atención con la consiguiente reducción de la demanda de atención primaria en los hospitales. Se estima que, actualmente, el 80% de las consultas son atendidas en la periferia y tan solo el 20% en los hospitales. Mientras que en 1994 los centros de salud referían a los hospitales entre el 40 y 50% de los casos, hoy no pasa del 12%.

## **Recomendaciones para futuros proyectos**

### **En el área de equipamiento**

- En lo posible ejecutar proyectos en los cuales una sola agencia contratada se responsabilice de articular diferentes componentes logísticos que requieren estrecha secuencia y complementariedad en la ejecución (provisión de equipos, transporte, preinstalación, capacitación, mantenimiento preventivo y correctivo durante los primeros años de funcionamiento, provisión de insumos críticos y repuestos, transferencia de tecnología a responsables regionales y locales, etc.). De esta manera se podrán reducir las ineficiencias y dificultades de coordinar la ejecución de múltiples agencias o proveedores.
- Establecer sólidos compromisos con las autoridades del nivel central, regional y local orientados a garantizar el personal idóneo para la operación y mantenimiento de los equipos, así como los recursos financieros adicionales para su operación y mantenimiento.
- Combinar las fortalezas operacionales de UNOPS y de las agencias ejecutoras a fin de lograr resultados óptimos (ver recomendación en página 21).

### **En el área de Capacitación y Apoyo a la Gestión**

- Propiciar la formulación de políticas y estrategias de desarrollo del recurso humano a mediano y largo plazo, en el nivel nacional y regional.
- Promover el desarrollo de la oferta de instancias y programas de formación y capacitación orientados a las prioridades de la política pública en salud.

- Establecer un banco de experiencias exitosas, metodología e instrumentos de capacitación y apoyo a la gestión que sirvan de base para el desarrollo de nuevos proyectos.
- Privilegiar aquella metodología que den respuesta eficaz a las necesidades de formación y capacitación claramente identificadas.

#### **En el área de Sistemas Operativos**

- Continuar con el desarrollo de la plataforma de información y comunicación y desarrollar una amplia labor de difusión y capacitación respecto a las posibilidades del sistema.
- Establecer sólidos compromisos con autoridades del nivel central, regional y local orientados a garantizar el personal idóneo para la operación y mantenimiento de los equipos, así como los recursos financieros adicionales para su operación y mantenimiento.

#### **En el área de Preinversión**

- Involucrar a las autoridades regionales y locales en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de estudios de preinversión en el contexto de sus respectivos planes de desarrollo.

#### **En el área de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios / Desinfección de agua y Alimentos**

- Continuar con el fortalecimiento de la cultura institucional en este campo y la institucionalización de estos procesos, tomando en cuenta las idiosincrasias regionales y locales.
- Incorporar estas intervenciones en los planes de desarrollo del nivel regional y local, previendo la necesaria coordinación intersectorial e interinstitucional y el compromiso de las autoridades respectivas.
- Considerar la replicación de las intervenciones en aquellas comunidades que lo necesiten, lo soliciten y se comprometan a la operación y mantenimiento de los equipos en los sistemas de producción de desinfectante.

#### **En el área de Reestructuración sectorial**

- Institucionalizar y profundizar las intervenciones iniciadas por el PFSS para extender la cobertura de servicios y elevar la eficiencia y calidad de la atención de salud, especialmente las orientadas hacia las poblaciones más pobres y vulnerables.
- Desarrollar un sistema de monitoreo y seguimiento a la reforma del sector salud, con indicadores medibles, factibles de obtener y pertinentes para la toma de decisiones.

### **B. Recomendaciones para perfeccionar las políticas, estrategias, prácticas y procedimientos del Banco**

- ☐ Fortalecer las Representaciones en términos de personal especializado, mayor capacidad para la toma de decisiones relacionadas con la ejecución del proyecto y mayores recursos para la contratación de asistencia técnica directa, a fin de elevar la capacidad de diálogo del Banco con las agencias ejecutoras y favorecer la ejecución exitosa de los proyectos.
- ☐ Dar máxima prioridad a la ejecución de recomendaciones y requerimientos de los equipos de proyecto relacionados la contratación de personal especializado en proyectos específicos.

## Parte Dos

<b>Nombre del proyecto:</b>	<b>Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud</b>
<b>Número del proyecto BID:</b>	<b>PE0030</b>
<b>Número del préstamo:</b>	<b>741/OC-PE</b>
<b>Organismo ejecutor responsable de este informe:</b>	<b>Ministerio de Salud</b>

### **I. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

***A. Aunque en esta etapa del proyecto pueda ser difícil evaluar a cabalidad los resultados del proyecto, sírvase indicar cuáles son los objetivos que, en su opinión, se han logrado, y en qué medida.***

Los objetivos del PFSS fueron:

1. Crear las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de atención de salud en las áreas más deprimidas del país, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los establecimientos y la dotación de los equipos básicos, medicamentos e insumos. Todo ello, para producir un aumento en la calidad y cantidad de la atención preventiva y curativa básica, a los grupos de menores ingresos.
2. Fortalecer al Ministerio de Salud en su papel de ente normativo del sector, así como a los órganos descentralizados en su carácter de coordinadores y normativos en el ámbito de su competencia.
3. Empezar las acciones concretas que permitan sentar las bases para acrecentar la participación de todos los organismos en la producción social del sector, tomando en cuenta el papel de la seguridad social y el de otros entes que prestan servicios públicos y privados de salud.

Todos los objetivos han sido cumplidos ampliamente: El primero, particularmente, a través de los componentes de *Equipamiento, de Capacitación y Apoyo a la Gestión, Sistemas Operativos y Desinfección de Agua y Alimentos*; mientras que el segundo y el tercer objetivo, se cumplieron en manera especial, mediante los estudios, desarrollos, propuestas y resultados del componente de *Reestructuración Sectorial* y los proyectos realizados con el componente de *Preinversión*.

***En su opinión, ¿hay algunos objetivos que no tengan posibilidad alguna de ser logrados? En caso afirmativo, ¿por qué?***

Los objetivos del proyecto han sido logrados, esto se puede verificar en los múltiples resultados y logros tangibles e intangibles. Por su estructura y modalidad de ejecución, el proyecto ha producido una serie de resultados y logros adicionales a los previstos.

## **DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

***¿Cuáles de los aspectos del diseño global del proyecto fueron los que más contribuyeron a los éxitos y/o fracasos? ¿Por qué?***

Una de las características del diseño que más contribuyó al éxito del Programa fue la flexibilidad, tanto de su estructura, como de la estrategia global de ejecución. Esto resulta indispensable para proyectos de inversión con componentes tangibles (como el de equipamiento) e intangibles (como los de reestructuración sectorial y preinversión), los cuales son esenciales para un proceso de reforma del sector, pues se trata de un proceso con altos niveles de incertidumbre y de cambio. Fue así, progresivamente y en la práctica, como se fué modificando el contenido, secuencia, duración y modalidad de ejecución de un buen número de actividades.

De lo contrario, el proyecto habría resultado mucho menos útil para el país ya que sus resultados se hubieran desfasado de la realidad y, por lo tanto, no habrían sido pertinentes. Tal flexibilidad ha resultado especialmente importante en los componentes menos estructurados y con resultados poco predecibles, como el de reestructuración sectorial que, por su naturaleza requería ajustes permanentes para que las actividades previstas contribuyan al logro de los objetivos principales.

Otro aspecto importante es el aval que las autoridades del MINSA le dieron al proyecto desde un inicio. Por otro lado, la decisión de contar con una Unidad de Coordinación dependiente de la Alta Dirección, y con autonomía administrativa y técnica para la ejecución del proyecto ha facilitado la eficiente ejecución de actividades.

En lugar de fracasos, que en nuestra opinión no los hubo, podríamos hablar de problemas y dificultades. En tal sentido, los aspectos que causaron más dificultades no son atribuibles directamente al diseño técnico del Programa, sino a ciertas condiciones incluidas en el contrato de préstamo.

Estas obligaban al país a suscribir convenios con tres agencias especializadas de Naciones Unidas para asistencia técnica y adquisiciones de bienes. Aun cuando esta experiencia, de una parte permitió al PFSS recibir el aval técnico de la calidad de los bienes o servicios realizados y permitió asegurar la transparencia de los procesos, de otro lado generó dificultades, particularmente al proceso de negociación de los convenios con dos de ellas, así como algunos retrasos, tanto en los procesos administrativos como en el manejo financiero de otras (UNOPS).

***¿Cuáles de los aspectos de la ejecución del proyecto fueron los que más contribuyeron a los éxitos y/o fracasos? ¿Por qué?***

Entre los aspectos que contribuyeron a los éxitos o resultados satisfactorios, se destacan los siguientes:

- La flexibilidad con la que fue diseñado y manejado el proyecto.
- El uso de la modalidad de administración directa de consultorías, a pesar de la carga administrativa, para los productos de carácter intangible. En estos casos es difícil encontrar firmas consultoras con “experiencia” ya que muchos de los productos solicitados son propuestas de innovación lo cual requiere mucha creatividad y retroalimentación permanente. La experiencia demuestra que aun las firmas consultoras de prestigio, tienen dificultades para comprender las orientaciones de procesos de cambios complejos, por ello muchas veces se limitan a cumplir con lo establecido en los términos de referencia, o a proponer soluciones elaboradas para casos similares (“enlatados”). Como consecuencia, lo que se obtiene son buenos documentos pero que generalmente no contribuyen mucho a los cambios concretos que se desean lograr.
- Otro elemento que ha contribuido a los éxitos del PFSS ha sido la formación de un equipo profesional multidisciplinario que adquirió estabilidad debido a su rendimiento técnico, contribuyó significativamente al seguimiento de las acciones y del proceso. Si, en lugar de contar casi desde el inicio con un equipo técnico sólido que rápidamente adquirió experiencia, se hubiera tenido una alta rotación de profesionales en la Unidad Coordinadora del Programa, la complejidad del mismo hubiera dificultado seriamente su ejecución. La conceptualización del Programa y su ubicación dentro de las estrategias globales del MINSA requirieron de un proceso de análisis, debate y maduración que es difícilmente transferible, sobre todo en la etapa inicial e intermedia de su ejecución.
- Aun cuando al producirse los cambios de ministros y viceministros se tuvo que pasar por períodos de incertidumbre de diferente duración, en términos generales se contó con el aval de las autoridades de la Alta Dirección del MINSA .
- La asistencia técnica del equipo de la sede central sobre todo al inicio y al final del proyecto, así como el reforzamiento de la representación del BID poco después de la mitad de la ejecución también han contribuido a la orientación general del PFSS y la definición de algunas intervenciones, sobre todo aquellas relacionadas con el proceso de reforma.

Entre los aspectos que generaron problemas o dificultades, se destacan los siguientes:

- Se tuvieron dificultades en la ejecución presupuestal de la contrapartida, fundamentalmente por recortes debido a déficit de la caja fiscal, lo cual, sobre todo hacia el final del proyecto obligó a postergar actividades previstas, por otro lado al inicio la discusión acerca de la inclusión del impuesto general a las ventas como recursos de contrapartida llevó a demoras en la ejecución de algunas actividades.

- Sin que esto constituya una contradicción con lo arriba mencionado, otro problema identificado fue, de manera especial en los últimos meses, que la UCP tuviera que gestionar una firma adicional de la Alta Dirección para todas las comunicaciones a ser enviadas al banco. Este requerimiento interno ha originado innecesariamente duplicación de procedimientos y lentitud en la ejecución de las actividades del Programa.
- Por otra parte, los trámites burocráticos de las agencias como UNOPS, OECF, y de los mismos trámites de No Objeciones en la Sede central del BID han demorado la ejecución de muchas actividades del Programa.

***¿Surgieron problemas importantes durante la ejecución del proyecto? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas y qué medidas se han tomado para intentar resolverlos? ¿Tuvieron éxito las medidas?***

Sí. CEPIS le dio un carácter de estudio académico al proyecto de desinfección de agua y alimentos, pero el PFSS proponía una intervención sistematizable y ampliable. Después de una serie de largas discusiones técnicas se consiguió darle un carácter de intervención piloto a esta actividad. Actualmente, la Dirección General de Saneamiento Ambiental, el propio CEPIS y una de las ONGs que participó en la implementación están extendiendo la cobertura de esta experiencia, con algunos reajustes, por considerarla de gran impacto sobre las enfermedades de transmisión hídrica.

Por otro lado, el UNOPS demoraba demasiado en los procesos de adquisiciones y era difícil aplicar correctivos ya que las condiciones del convenio, así como la normatividad y la organización de esta institución no lo permitían. Un grupo de expertos de la UCP trabajó directamente con esta institución hasta que se consiguió establecer una dinámica más favorable.

El catastro de recursos de salud, previsto en el proyecto, no se llegó a ejecutar debido a que el equipo de la sede central no llegó a comprender que con él se pretendía no sólo contar con una base de datos de recursos de salud para la planificación de las actividades, sino con un instrumento para la toma de decisiones de inversión, que serviría de punto de partida para el proceso de inversiones orientadas a dar viabilidad a la reforma en curso. En lugar de ello se decidió apoyar la ejecución del segundo censo de infraestructura y recursos de salud del MINSA (1996), que es una referencia para la planificación de actividades y programación de inversiones y además constituye un aporte al desarrollo de una serie histórica de datos de este tipo.

En lo relacionado al cofinanciamiento del OECF de Japón, la modalidad de desembolso establecida era la de reembolso, gastos que el país en ese momento no podía afrontar; por lo cual se tuvo que suscribir una Enmienda al procedimiento de desembolso en diciembre de 1994, denominado Procedimiento de Transferencia. Otras dificultades fueron la demora en la suscripción de un acuerdo específico entre el OECF y el BID y la definición sobre la moneda de pago a proveedores.

***A. Como resultado del proyecto, ¿se ha fortalecido la capacidad institucional de las instituciones y agencias participantes? En caso afirmativo, ¿cómo?***

Sí. La capacidad institucional del MINSA tanto en su estructura central como en las regiones (ahora Direcciones Departamentales de Salud ó DISAs) y en las redes de servicios de salud ha sido fortalecida por la intervención del Programa. Por ejemplo, ahora existen equipos de gestión en casi la totalidad de las DISAs que han mejorado la eficiencia de la gestión y la calidad de la prestación de los servicios. Otro ejemplo es que muchos de los ex consultores trabajan ahora como altos funcionarios de diferentes oficinas y áreas técnicas del MINSA. Estos han sido convocados debido a su capacidad y experiencia profesional, la cual ahora es utilizada de manera permanente por la institución. Otro grupo de consultores han sido incorporados como personal incremental, para realizar actividades de carácter técnico altamente especializado que antes no existía en la Institución como en informática, telecomunicaciones y saneamiento ambiental.

El desarrollo actual de la tecnología y las herramientas de gestión exige al MINSA contar con estas nuevas capacidades para estar a la vanguardia y cumplir a cabalidad el rol rector y de gobierno que el nuevo marco jurídico le asigna. Consideramos que se ha producido un cambio de mentalidad en los profesionales de la salud que incluso trasciende el MINSA y alcanza al sector, al incorporarse los conceptos de salud pública y gestión de manera concreta en el que hacer cotidiano. Un indicador “proxy” de esto último lo podemos apreciar en el incremento de la demanda por formación de post grado que ha pasado de dos cursos o maestrías antes de 1995 a más de 30 en 1999. Además, una universidad ofrece desde hace un par de años carreras profesionales de salud pública.

Si bien se trata de organizaciones de larga trayectoria en el campo de la cooperación multilateral, consideramos que como producto de la interacción entre los equipos técnicos del PFSS y los de las agencias de Naciones Unidas, OPS/OMS, CEPIS/OPS y UNOPS, sobre todo estas dos últimas han adquirido experiencia en temas que antes no manejaban.

***Ocurrieron eventos, fuera del control de los directamente interesados en la ejecución del proyecto, que afectaron adversamente al proyecto y la probabilidad que el proyecto lograra sus objetivos de desarrollo? En caso afirmativo, favor de explicar.***

Sí. En el caso del concurso organizado para la implementación de los sistemas operativos cuyo objetivo central era elevar de manera significativa la capacidad estratégica y de gestión del MINSA, este concurso fue anulado debido a la intervención de la Alta Dirección del MINSA (en diciembre de 1999), durante la etapa de convocatoria y en relación a la exigencia de carta fianza para consultorías de firmas, que los procedimientos del Banco no aceptan.

Como consecuencia de esta anulación, la implementación de los sistemas operativos (información, telecomunicaciones, mantenimiento, monitoreo y logística) tuvo que ser pospuesta y ejecutada en forma separada. Probablemente hubiera sido más oportuno y hubiera tenido mayor impacto, si esta se hubiera ejecutado en el momento y de la manera inicialmente prevista; sin embargo, el resultado final de la

implementación ha sido más inclinada a los tangibles (bienes y equipos) que la propuesta inicial frustrada, más orientada a los intangibles (software y capacitación).

## **DESEMPEÑO DEL BANCO**

*Durante las etapas de preparación y ejecución del proyecto, ¿cuán satisfactoria fue la actuación del Banco? ¿Fue el Banco un administrador hábil y eficiente? ¿Ofreció asesoramiento acertado y oportuno? ¿Mantuvo un diálogo eficaz con el organismo ejecutor y con las instituciones o agencias que participaron en el proyecto?*

Las misiones iniciales de identificación, programación y análisis, contribuyeron de manera sustantiva con el equipo técnico nacional para diseñar un proyecto, cuyo contenido y la oportunidad en la que se ejecutó ha contribuido de manera importante a la mejora de las condiciones de salud producida en el país en los últimos diez años.

Durante los primeros años, las relaciones entre el ejecutor y el banco no fueron suficientemente fluidas debido, en parte, a la inexperiencia del ejecutor con los procedimientos y las políticas del Banco. No obstante que durante el periodo de ejecución del proyecto se produjeron cambios de 5 especialistas sectoriales en la Representación del BID, la UCP pudo realizar un diálogo fluido y permanente con el Banco, así como con las agencias participantes.

Por sus características, el proyecto significó una fuente de aprendizaje permanente y de acumulación técnica no sólo para los profesionales del país, sino que también lo fue para los expertos del Banco. En términos generales, se recibió asesoramiento permanente tanto de la Representación como del equipo de la Sede, aunque hacia la mitad de la ejecución surgieron diferencias conceptuales en torno a ciertos temas relacionados con la orientación del proceso de reforma que causaron ciertos atrasos a la ejecución del proyecto. Sin embargo, cabe resaltar que durante todo el proceso de ejecución del proyecto se realizaron discusiones técnicas con expertos del Banco que ayudaron a la ejecución.

Una dificultad que se presentó durante la primera mitad del proyecto, especialmente al inicio, fue que los especialistas sectoriales de la Representación asignados al proyecto, eran profesionales de alto nivel pero que desconocían el tema de salud y aún más el de reforma sectorial. Esto obligaba a consultar permanentemente a la Sede.

Un problema de responsabilidad compartida, fue que el proyecto se inició sin haberse elaborado el marco lógico, la línea de base y definido los criterios e indicadores de evaluación. Sin embargo, debe señalarse que la complejidad del proyecto y su novedad hubieran hecho difícil definir ex ante estos últimos. Con la experiencia adquirida, ahora es posible plantear algunos criterios de evaluación para futuros proyectos de inversión. De hecho, estos ya han sido incorporados en el diseño del nuevo proyecto (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, PARSALUD) que el PFSS identificó, diseñó y ayudó a negociar hasta su aprobación en los directorios tanto del BID como del Banco Mundial a fines de 1999.



***A. ¿Qué impacto importante tuvo –si lo tuvo- el desempeño del Banco sobre los resultados del proyecto?***

Como acompañante del proceso de identificación, diseño y ejecución, el Banco ha facilitado y contribuido a la obtención de los resultados positivos que ha obtenido el proyecto, los cuales a su vez han aportado de manera significativa a la mejora de los indicadores de impacto en salud producida en los últimos cinco años en el Perú.

**II. LECCIONES APRENDIDAS**

***A. Con respecto al desempeño del Banco en este proyecto, ¿se extraen algunas lecciones que puedan utilizarse para perfeccionar proyectos futuros? En caso afirmativo, ¿cuáles son?***

Sería recomendable que el Banco mantenga un equipo multidisciplinario de seguimiento del desempeño global del proyecto de la sede central, en lo posible durante la ejecución de todo el proyecto, éste debería estar conformado por algunos de los que participaron en la identificación y diseño.

Resulta conveniente contar en la Representación del Banco con un especialista que tenga experiencia en el sector salud y, para proyectos como este en procesos de reforma de salud.

***¿Hay comentarios o recomendaciones adicionales sobre el proyecto y/o el Banco que se deban mencionar y/o que deban tomarse en consideración en proyectos futuros?***

Se debe contar, desde un inicio, con un marco lógico y una línea de base apropiada que favorezca el monitoreo y evaluación del proyecto.

Es necesario que los futuros proyectos de inversión en salud, relacionados con procesos de reforma o con alto contenido de inversión intangible, mantengan un marco de flexibilidad y autonomía que permitan adecuar la programación de actividades.

En los contratos de préstamo se recomienda evitar la inclusión de cláusulas que obliguen al ejecutor a realizar convenios con instituciones predeterminadas. En todo caso, se debe sugerir el tipo de instituciones y carácter del servicio.

Para el Perú, se debería aprovechar la acumulación técnica producida por la UCP a lo largo de la ejecución de un proyecto exitoso como el PFSS (quizá el más exitoso de los proyectos de salud financiados por el BID en la región).

Es también conveniente que los futuros proyectos de inversión en salud continúen siendo gerenciados desde el Ministerio de Salud, el cual ha podido adquirir una mayor capacidad de gestión. Es necesario también un mayor involucramiento de las contrapartes institucionales del MINSA

## Parte Tres

### A. DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO

<b>Fechas del proyecto (mes/año)</b>	<b>Original</b>	<b>Actual</b>
Fecha de inclusión en el inventario de proyectos	___/___	
Fecha del Perfil II o de la solicitud de préstamo	12 / 91	
Fecha de la Misión de Análisis	04 / 92	
Fecha de aprobación por el Comité de Préstamos	01 / 93	
Fecha de aprobación por el Directorio (3 mar)	03 / 93	
Fecha de vigencia del contrato (31 mar)	03 / 93	
Fecha de cumplimiento de las condiciones previas	09 / 93	02 / 94
Calendario de inversiones		
-- Fecha de inicio	09 / 93	03 / 94
-- Fecha de terminación	03 / 97	06 / 00
Calendario de desembolsos		
-- Primer desembolso	09 / 93	03 / 94
-- Último desembolso	03 / 97	06 / 00
Para préstamos sectoriales		
-- Primer tramo	___/___	___/___
-- Segundo tramo	___/___	___/___
-- Tercer tramo	___/___	___/___
Fecha de inicio físico de las obras	___/___	04 / 94
Fecha del compromiso de préstamo	___/___	___/___
Fecha de cancelación		

	Original	Actual
<b><u>Revisión de Medio Término</u></b>		
Fecha de revisión de medio término (si es requerida)	03 / 95	04 / 97
Fecha en que el prestatario debe presentar su evaluación ex post (si es requerida)	03 / 99	06 / 02
Fecha en que el Banco debe presentar su evaluación ex post (si es requerida)	___/___	___/___
<b><u>Resumen de datos sobre costos</u></b>		
Monto total del financiamiento del BID	\$68,000,000	\$68,000,000
Financiamiento del BID como % del costo total	69.38%	70.10%
Costo total del proyecto	\$98,000,000	<sup>(1)</sup> \$97,010,351
Inversión acumulativa al 06/00 (mes/año)	\$98,000,000	<sup>(1)</sup> \$97,010,351
Monto requerido para terminar el proyecto		\$ 0

**Nota (1):** La diferencia entre la ejecución original y la actual se debe a la fluctuación del tipo de cambio entre el JPY y el US\$, acumulada durante los 5 años de ejecución del cofinanciamiento de OECF.

**B. COSTO Y FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO** (montos expresados en millones de dólares de los Estados Unidos)

**1. Costo del proyecto y fuente de financiamiento**

Categoría de Inversión	Original (FPE-CA-94/0271 del 03.02.94)				Actual (Ejecución Real)			
	BID	COFIN	LOCAL	TOTAL	BID	COFIN <sup>(1)</sup>	LOCAL	TOTAL <sup>(1)</sup>
01.00.00 - ADMINISTRACION	.700		1.000	1.700	1.723		1.394	3.117
<b>02.00.00 – COSTOS DIRECTOS</b>	<b>55.177</b>	<b>20.000</b>	<b>5.700</b>	<b>80.877</b>	<b>53.998</b>	<b>19.011</b>	<b>6.056</b>	<b>79.065</b>
<b>02.01.00 – APOYO A LA RED</b>	<b>46.052</b>	<b>20.000</b>	<b>4.000</b>	<b>70.052</b>	<b>47.060</b>	<b>19,011</b>	<b>5,866</b>	<b>71.937</b>
02.01.01 – PROYECTOS	37.500	20.000		57.500	37.028	19,011		56.039
02.01.02 – SISTEMAS OPERATIVOS	4.100		4.000	8.100	7.525		5.866	13.391
02.01.03 – DESINF AGUA Y ALIMEN	3.600			3.600	2.212			2.212
02.01.04 – INTEG SECT PRIVADO	.852			.852	.295			.295
<b>02.02.00 – REESTRUCT SECTORIAL</b>	<b>5.125</b>		<b>1.000</b>	<b>6.125</b>	<b>5.036</b>		<b>.191</b>	<b>5.227</b>
02.02.01 – REFORMA SECTORIAL	3.125			3.125	3.406		.102	3.508
02.02.02 – REEST INST MINSA	2.000		1.000	3.000	1.630		.089	1.719
<b>02.03.00 – PREINVERSION</b>	<b>4.000</b>		<b>.700</b>	<b>4.700</b>	<b>1.902</b>			<b>1.902</b>
<b>03.00.00 – COSTOS CONCURRENTES</b>	<b>1.629</b>		<b>.680</b>	<b>2.309</b>	<b>2.499</b>		<b>.454</b>	<b>2.953</b>
03.01.00 – AGENCIAS INTERNAC	1.629			1.629	2.499			2.499
03.02.00 – PERSONAL INCREMENTAL			.680	.680			.454	.454
<b>04.00.00 - SIN ASIG.ESPECIFICA</b>	<b>.305</b>		<b>.199</b>	<b>.504</b>				
4.01.00 – IMPREVISTOS	.305		.199	.504				
<b>87.00.00 - GASTOS FINANCIEROS</b>	<b>10.189</b>		<b>2.421</b>	<b>12.610</b>	<b>9.780</b>		<b>2.095</b>	<b>11.875</b>
<b>87.01.00 - FIV</b>	<b>.680</b>			<b>.680</b>	<b>.271</b>			<b>.271</b>
87.01.01 - FIV (D)	.680			.680	.271			.271
<b>87.02.00 - INTERESES</b>	<b>9.509</b>		<b>1.426</b>	<b>10.935</b>	<b>9.509</b>		<b>1.318</b>	<b>10.827</b>
87.02.01 - INTERESES (D)	9.509		1.426	10.935	9.509		1.318	10.827
88.00.00 - PENDIENTE								
<b>87.03.00 - COMISION DE CREDITO</b>			<b>.995</b>	<b>.995</b>			<b>.777</b>	<b>.777</b>
87.03.01 – COMISION DE CREDITO			.995	.995			.777	.777
<b>Total</b>	<b>68.000</b>	<b>20.000</b>	<b>10.000</b>	<b>98.000</b>	<b>68.000</b>	<b>(1) 19.011</b>	<b>10.000</b>	<b>(1) 97.011</b>

*Nota (1): La diferencia entre la ejecución original y la actual se debe a la fluctuación del tipo de cambio entre el JPY y el US\$, acumulada durante los 5 años de ejecución del cofinanciamiento de OECF.*

## 2. Calendario de inversiones

Año	Original (Informe Inicial)				Actual (Ejecución Real)			
	BID	COFIN	LOCAL	TOTAL	BID	COFIN <sup>(1)</sup>	LOCAL	TOTAL <sup>(1)</sup>
1994	15.861	7.611	2.431	25.903	6.897		.429	7.326
1995	24.842	8.154	3.557	36.553	15.469		.449	15.918
1996	23.567	4.235	3.134	30.936	23.031	10,231	.975	34.237
1997	3.730		.878	4.608	5.949	6,719	1.815	14.483
1998					12.257	1,616	1.677	15.550
1999					3.988	.445	2.218	6.651
2000					.409		2.437	2,846
<b>Total</b>	<b>68.000</b>	<b>20.000</b>	<b>10.000</b>	<b>98.000</b>	<b>68.000</b>	<b>(1) 19.011</b>	<b>10.000</b>	<b>(1) 97.011</b>

*Nota (1): La diferencia entre la ejecución original y la actual se debe a la fluctuación del tipo de cambio entre el JPY y el US\$, acumulada durante los 5 años de ejecución del cofinanciamiento de OECF*

## C. DATOS DEL PRÉSTAMO

<b>Monto original del préstamo</b>	\$ 68,000,000.00
<b>Monto desembolsado</b>	\$ 68,000,000.00
<b>Monto cancelado</b>	\$ 0.00

### **Primer desembolso**

▪ Fecha original	09 / 93
▪ Fecha efectiva	03 / 94

### **Ultimo desembolso**

▪ Fecha original	03 / 97
▪ Fecha efectiva	06 / 00

## **Parte Cuatro**

(Se completará después del análisis de la Sede)

En esta sección se incluyen las observaciones oficiales sobre el borrador del PCR resultantes de la revisión realizada en la Sede. Cuando el PCR se revise a nivel del CRG, en esta sección se deberán incluir las actas de la reunión. Cuando el PCR no sea revisado por el CRG, en esta sección se deberán incluir los comentarios de la división de la Sede a la que se le haya asignado la responsabilidad de hacer el seguimiento de la ejecución del proyecto, u otros comentarios que el Gerente regional considere pertinentes. De todos modos, estas observaciones pasan a formar parte del PCR y se deberán incluir en la versión final que se distribuya al personal del Banco.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD  
Préstamo 741/OC-PE**

**Acta del Comité de Revisión Gerencial (CRG)  
Informe de Terminación de Operaciones (PCR)  
5 de diciembre del 2000**

**PARTICIPANTES**

Participaron en el CRG: Máximo Jeria (SO3/CHF), quien lo presidió; Pablo Adam (SO3), Rubén Avendaño (EN3), Aurora Belmore (OD5/CHF a.i.), Edgar González (ROS), Elio Londero (RE3), Roberto Manrique (FI3), Alberto Melo (OD5), y Amanda Glassman (SO3), quien actuó como secretaria. Por la Representación del Banco en Perú, el subrepresentante Alfonso Parra y Hugo Florez, hicieron comentarios mediante teleconferencia.

**RECOMENDACION**

El CRG revisó el PCR del proyecto y acordó que, una vez aprobados por el Subgerente de RE3 los cambios hechos en el documento, esta Acta debe adjuntarse al PCR como parte cuatro del mismo y distribuido según los procedimientos establecidos. Asimismo se hizo recomendó que el Departamento de Desarrollo Sostenible utilice el PCR para incorporar las lecciones aprendidas en su programa de difusión de buenas prácticas en el sector salud.

**OBSERVACIONES**

El CRG felicitó al equipo de preparación del PCR por el exhaustivo y relevante análisis tanto de los resultados intermedios del proyecto como de los resultados de impacto medibles al momento del PCR. Se señaló la alta calidad del documento, uno de los mejores PCR preparados en la Región recientemente. Esta alta calidad se debe a la estructura del documento que permite sacar las conclusiones relevantes para futuras operaciones, así como la presentación de datos cuantitativos y cualitativos sobre el desempeño del proyecto en su ejecución.

A continuación se presentan las principales recomendaciones acordadas en el CRG.

**A. Modificaciones al PCR**

El CRG recomendó aclarar las causas de las demoras en la puesta en marcha del sistema de información, delinear el proceso que tomará el gobierno peruano para completar esta actividad, y aclarar las causas de los atrasos en la ejecución del proyecto en su totalidad (la ejecución prevista era de cuatro años, pero la ejecución actual se extendió a siete). El equipo explicó que estos atrasos, relacionados entre sí, se deben a los siguientes factores a ser expuestos en el documento final: (a) la ausencia de contrapartida local en los primeros años del proyecto; (b) los procedimientos contractuales del UNOPS que fueron utilizados para las licitaciones del proyecto; (c) la cancelación, por parte del gobierno, de la licitación internacional para el sistema operativo; (d) la demora en el desembolso de los fondos del OECF, el cual cofinanciaba el proyecto y servía como contrapartida al financiamiento del BID, y (e) conflictos internos en el MINSA y externos entre el MINSA y demás instituciones involucradas.



En la sección sobre lecciones aprendidas, el CRG recomendó aclarar la situación surgida durante el diseño del proyecto, la cual se expresa en una sección del documento que indica la existencia a comienzos de la ejecución del proyecto de un bajo sentido de apropiación del mismo por parte de las autoridades peruanas. Se aclaró que en el momento de preparar el proyecto (1992-1993), el país estaba al borde de un colapso económico, político e institucional, y las interacciones entre los ministerios eran muy personalizadas, una situación que generaba baja consistencia en cuanto a la apropiación del proyecto de parte de las autoridades en los distintos ministerios involucrados.

El CRG reconoció la falta de claridad creada por el hecho de no tener un marco lógico para el monitoreo y evaluación del proyecto desde su inicio, pero sugirió que aclarar que éste no se incluyó en el documento de proyecto original debido a que el Banco hacía poco uso del instrumento marco lógico y no era un requisito para los proyectos. Sin embargo, el PCR y el CRG anotaron que la claridad de los objetivos del proyecto daba los lineamientos necesarios para la elaboración de un marco lógico en el cuarto año del proyecto.

El CRG indicó que el balance de la experiencia con el uso de UNOPS para las licitaciones del proyecto debe ser resaltado en una sección aparte. Tal como señala el documento, existen aspectos positivos y negativos en el uso de UNOPS. Al momento de diseñar el proyecto, la capacidad institucional del MINSA para hacer las licitaciones según los procedimientos y normas del Banco era muy reducida, lo que precipitó la decisión de utilizar UNOPS. El uso de UNOPS garantizaba transparencia y consistencia con los procedimientos del BID, pero no facilitaba el desarrollo de estas destrezas dentro del MINSA y, además, demoró mucho el proceso de licitación debido a las reglas adicionales propias del UNOPS. Dado el interés institucional en la utilización de estos mecanismos para licitación a futuro, el PCR final resaltará las condiciones bajo las cuales puede ser exitoso el uso de UNOPS.

El CRG recomendó destacar las observaciones del MINSA sobre la importancia de tener una especialista de la representación con experiencia en el sector salud para la ejecución fluida del proyecto, así como un apoyo consistente y multidisciplinario desde la sede.

---

Amanda Glassman  
Secretaria CRG

---

Miguel Rivera  
Subgerente RE3