



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II

País: Perú

Sector/Subsector: Salud

Equipo de Proyecto Original: Ian Mac Arthur (SPH/CPE) Jefe de equipo; Misael Anaya (SCL/SPH); Cintia Colaiacovo (LEG/SGO); Karina Díaz (PDP/CPE); Baudouin Duquesne (SCL/SPH); Antonio Giuffrida (SCL/SPH), Ethel Muhlstein (SCL/SPH); y Leslie Stone (SCL/SPH).
Revisora técnica: Amanda Glassman (SCL/SPH)

Número de Proyecto: PE-L1005

Número de Préstamo(s), CT(s): 2092/OC-PE

Fecha del CRG:

Fecha de Aprobación Final del PCR:

PCR Equipo Actual: Autor Principal y Miembros:

Frederico Guanais (SPH/CPE); Matilde Neret (SCL/SPH); Claudia Pévere (SCL/SPH); Alfonso Tolmos, (consultor), Alvaro Henzler (consultor); y Diana Tarrillo (consultor)

Índice

I.	INFORMACIÓN BÁSICA	1
II.	EL PROYECTO	2
	A. CONTEXTO DEL PROYECTO.....	2
	B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	3
	i. <i>Objetivo(s) del Desarrollo</i>	3
	ii. <i>Componentes</i>	3
III.	RESULTADOS.....	4
	A. EFECTOS DIRECTOS.....	4
	B. EXTERNALIDADES	6
	C. PRODUCTOS	7
	D. COSTOS DEL PROYECTO	9
IV.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	9
	A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS	10
	B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA	11
	C. DESEMPEÑO DEL BANCO	12
V.	SOSTENIBILIDAD	12
	A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS.....	12
	B. RIESGOS POTENCIALES.....	13
	C. CAPACIDAD INSTITUCIONAL.....	13
VI.	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	13
	A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS	13
	B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN EX-POST	14
VII.	LECCIONES APRENDIDAS	14

Anexos

Abreviaturas y Acrónimos

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
DIA	Derecho a la Identidad y Aseguramiento
DIRESA	Direcciones Regionales de Salud
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPPES	Estrategia de Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil
ESSALUD	Seguro Social de Salud
IRA	Infección respiratoria aguda
LOF	Ley de Organización y Funciones
MINSA	Ministerio de Salud
PARSALUD	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PIP	Proyectos de Inversión Pública
POA	Plan Operativo Anual
PRONIS	Programa Nacional de Inversión en Salud
SIMAF	Sistema de seguimiento y monitoreo de la gestión
SIS	Seguro Integral de Salud

I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)							
NO. PROYECTO: PE-L1005	TITULO: Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II						
Prestatario: República del Perú Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Salud	Fecha aprobación Directorio: 11- DIC – 2008 Fecha efectividad contrato préstamo: 16- NOV - 2009 Fecha elegibilidad primer desembolso: 16- NOV - 2009						
Prestamos (s): 2092/OC-PE Sector: Salud	<u>Meses en ejecución</u> * desde aprobación: 84 meses * desde efectividad del contrato: 73 meses						
Instrumento de préstamo: Préstamo de Inversión Multifase	<u>Períodos de desembolso</u> Fecha original desembolso final: DIC - 2014 Fecha actual desembolso final: DIC - 2015 Extensión acumulativa (meses): 12 meses Extensión especial (meses):						
	<u>Monto préstamo(s)</u> * Monto original: US\$ 15 millones * Monto actual: US\$ 15 millones * Pari Passu (si aplica): 80% local; 10% Banco Mundial						
	<u>Desembolsos</u> Monto a la fecha: 100(%)						
	<u>Costo Total del Proyecto</u> (Estimado Original): 162.400.000						
	<u>Redireccionamiento</u> Este proyecto: - recibió fondos de otro proyecto? [NO] - Envío fondos a otro proyecto? [NO] - N/A [X]						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>De/Para No. Proyecto</th> <th>Para No. Sub-préstamo</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto			
De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto					
	* Monto actual (ajustado para redireccionamiento)						
Reducción de Pobreza (PTI): Si Equidad Social (SEQ): Si Clasificación ambiental: C	<u>En estado de "Alerta"</u> Está el proyecto "en alerta" por PAIS: No De ser afirmativo, favor indicar razones (Clasificaciones OD, PI, y/o indicadores relevantes de PAIS): Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):						

Resumen de la Clasificación de Desempeño				
OD	<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
PI	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
SO	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

A inicios del 2000 se inició la ejecución del PARSALUD, cofinanciado por el Banco Mundial (BM) y el BID, con el objetivo de mejorar y fomentar iniciativas de reforma sectorial enfocadas en solucionar la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Dada su naturaleza que busca integrar necesidades de corto plazo con reformas de largo plazo, se decidió desarrollar un programa multi-fase de una duración de 10 años. PARSALUD I se diseñó inicialmente para ser ejecutado durante el periodo 2000-2003.

A pesar de contar con avances en la reducción de la mortalidad infantil y en la modernización del sector, al finalizar la ejecución de PARSALUD I, no se había concluido la implementación de las reformas necesarias y las brechas urbano-rurales seguían siendo preocupantes. Según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2007-2008, la tasa de mortalidad infantil en el departamento de Loreto, en la selva, y de Puno, en la sierra, era de 44 muertes por mil nacidos vivos, casi el doble del promedio nacional, que era 25 por mil. Asimismo, la tasa nacional de mortalidad infantil en el ámbito rural (30 por mil) era más que el doble del ámbito urbano (12 por mil). Por otro lado, la desnutrición crónica infantil (DCI, niños menores de cinco años) no había mostrado mejoras significativas en esos años con una prevalencia nacional de 27,8%. Además, en el sistema de salud persistía el inequitativo servicio que brindaban los hospitales para los casos obstétricos y neonatales, la débil promoción de prácticas de cuidado infantil en la población, así como las persistentes deficiencias en la calidad de los servicios ofrecidos. Este conjunto de factores generó las condiciones que apuntan a que la salud materno-infantil continúe siendo una prioridad nacional, permitiendo llevar a cabo la segunda fase del programa multi-fase PARSALUD.

El diseño y aprobación de la operación PARSALUD II fue posible debido al cumplimiento de los hitos gatilladores estipulados en PARSALUD I, como mejoras en el parto institucional, la reducción de la tasa de letalidad obstétrica intrahospitalaria y el cumplimiento de funciones obstétricas básicas en los departamentos intervenidos. El parto institucional, que sirve como un proxy robusto para la razón de mortalidad materna, tuvo un aumento estadísticamente significativo en todos los departamentos intervenidos y en el ámbito rural su cobertura experimentó un crecimiento del 21,3% (2000) al 43,5% (período 2004-05). La tasa de letalidad obstétrica intrahospitalaria se redujo de 0,4% en el 2002 a 0,1% en el 2005. En ese contexto, PARSALUD II tuvo por objetivo central de reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y la desnutrición en los menores de tres años en las zonas rurales y más pobres del país, a través del fortalecimiento de la demanda, mejoramiento de la oferta y de reforzamiento de procesos fundamentales para las reformas relevantes del sistema de salud.

Como segunda fase de un programa multi-fase, PARSALUD II buscó continuar promoviendo la demanda para servicios de salud materno-infantiles, mejorando la calidad y acceso a los mismos y contribuyendo a la gestión eficiente de los recursos que se destinan para el sector. Si bien hubo una tendencia muy positiva en el acceso al parto institucional y otros servicios de salud materno-infantiles como resultado del programa durante la primera fase, todavía había significativas brechas económicas, geográficas y étnicas que la segunda fase apuntó reducir. Al mismo tiempo, se comenzó a instrumentalizar la reforma del Sector Salud en el Perú a través de lineamientos de política, decretos supremos y normas que identificaban a la salud materna infantil como una de las prioridades de intervención en salud. Por un lado, el PARSALUD II como

parte de la reforma, permitió continuar promoviendo la demanda para servicios de salud materno-infantiles, mejorando la calidad y acceso a los mismos y contribuyendo a la gestión eficiente de los recursos que se destinan para el sector. Por otro lado, la reforma logró un avance importante en la universalización de la protección social con foco en las poblaciones más vulnerables del país, expresada en el incremento del presupuesto del Seguro Integral de Salud (el SIS, cuyo se triplicó respecto a su presupuesto del 2011) y en la incorporación automáticamente a gestantes y niños/as de 0 a 5 años no pobres. PARSALUD II también impulsó la definición de planes y metas nacionales del Ministerio de Salud (MINSA) alineados con sus objetivos. El “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal” (2009-2015), originado a partir de la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Ministerio de Salud”, orientó las decisiones para optimizar el uso de los recursos y consolidar las acciones hacia la reducción de la mortalidad materna y perinatal del país. Finalmente, el “Plan Nacional para la Reducción de la DCI y la prevención de la Anemia en el país” (2014) definió como objetivo central el reducir la DCI a 10% y la anemia al 20% en el año 2016.

Según la última modificatoria de los Proyectos de Inversión Pública (PIP) aprobados, el costo estimado del programa fue de US\$169.705.723. El financiamiento fue asumido en su mayor parte por fuente de Recursos Ordinarios, ascendiendo a US\$139.705.722 y en Recursos de Operaciones Oficiales de Crédito (préstamos) por partes iguales entre el BID y el BM, ascendiendo a US\$15.000.000 cada uno. Su implementación fue concluida el 31 de diciembre de 2015, con un desembolso de 100% del préstamo BID.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) del Desarrollo

El propósito del PARSALUD II fue la reducción de la mortalidad y morbilidad materno-infantil y de la desnutrición en los menores de tres años en las zonas rurales y más pobres del país. Los objetivos específicos del programa fueron: (a) la promoción de adecuadas prácticas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a mujeres (gestante, parturienta y madre lactante) y a niños y niñas menores de tres años; (b) el mejoramiento de la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de la mujer (gestante, parturienta y madre lactante) y de niños y niñas menores de tres años; y (c) el fortalecimiento de la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente, equitativo y de calidad. El PARSALUD II intervino en las zonas rurales de las nueve regiones más pobres del país: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali, las cuales están conformadas por 86 Provincias y 816 Distritos. A diferencia de otros programas del sector salud, además de buscar la mejora en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en las regiones priorizadas, fundamentó su intervención en fortalecer la demanda de estos servicios.

ii. Componentes

Para cumplir con los objetivos, el programa se organizó sobre la base de cuatro componentes que han sido considerados como fundamentales, y los cuales no han cambiado en relación a lo planteado en el diseño.

1. Fortalecimiento de la Demanda. Este componente estuvo orientado a promover la adopción de prácticas adecuadas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a mujeres (gestante, parturienta y madre en período de lactancia) y a niños y niñas menores de tres años, así como promover la demanda de servicios de salud materno-infantiles. En el diseño se planteó implementar dos líneas de acción: (i) adecuada información para la mujer y la familia sobre prácticas de cuidado infantil y facilitación de entornos en el ejercicio de prácticas saludables; y (ii) reconocimiento de la mujer, el niño y la niña como sujetos de derecho, las cuales se encuentran enfocadas básicamente en entornos saludables e identificación pro derecho.

2. Fortalecimiento de la Oferta. Este componente tenía como objetivo el mejoramiento de la capacidad resolutoria de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de la mujer (gestante, parturienta y madre en periodo de lactancia) y de niños y niñas menores de tres años en zonas dispersas y no dispersas. Se implementó a partir de cuatro líneas de acción: (i) mejoramiento de la calidad técnica de atención; (ii) incorporación del enfoque intercultural para la mejora de la calidad; (iii) distribución racional de recursos humanos e insumos; y (iv) fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia.

3. Gobierno y Financiamiento. Se orientó al fortalecimiento de la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente, equitativo y de calidad. Se han implementado tres líneas de acción principalmente: (i) funcionamiento articulado del sector; (ii) mejorar la capacidad de regulación de la prestación de salud; y (iii) regulación del financiamiento de la salud.

4. Gestión: Se refiere a los procesos de gestión administrativa de PARSALUD II.

III. Resultados

a. Efectos Directos

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)					
Objetivos de Fin (Resultados) Reducir la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en menores de 5 años.					
1.1. Razón de mortalidad infantil 1.2. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años Clasificación: Poco probable.					
Impactos Directos Planeados				Impactos Directos Logrados	
Línea de Base		Termino del Proyecto		Valor alcanzado	
1.1.B	42% (2005)	1.1.E	25% (2015)	1.1.E	17% (2015)
1.2.B	38.2% (2005)	1.2.E	30.2% (2015)	1.2.E	23.7% (2015)
Los valores de los indicadores al término del Proyecto fueron calculados a partir de datos de la ENDES para el año 2014.					
Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito)					
Incremento en el uso de servicios de salud materna, y reducción de la morbilidad infantil de los niños y niñas menores de 3 años de familias de la zona rural de 09 regiones más pobres del país.					
2.1. Proporción de partos institucionales en el ámbito rural de 09 regiones más pobres					
2.2. Prevalencia de anemia en menores de 3 años en el ámbito rural de 09 regiones más pobres					
2.3. Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 3 años en el ámbito rural de 09 regiones más pobres					
2.4. Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en menores de 3 años en el ámbito rural de 09 regiones más pobres					
2.5. Prevalencia de anemia en gestantes del ámbito rural de 09 regiones más pobres					
Clasificación: Probable					

Impactos Directos Planeados						Impactos Directos Logrados		
Línea de Base			Termino del Proyecto			Valor alcanzado		
2.1.B	44%	(2005)	2.1.E	78%	(2015)	2.1.E	74.2%	(2015)
2.2.B	58.2%	(2005)	2.2.E	56.8%	(2015)	2.2.E	57.3%	(2015)
2.3.B	13.7%	(2005)	2.3.E	13.5%	(2015)	2.3.E	14.4%	(2015)
2.4.B	15%	(2005)	2.4.E	10%	(2015)	2.4.E	12.9%	(2015)
2.5.B	41.5%	(2005)	2.5.E	35%	(2015)	2.5.E	36.4%	(2015)

Los valores de los indicadores al término del Proyecto fueron calculados a partir de datos de la ENDES para el año 2014.

Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):			
<input type="checkbox"/> Muy Probable (MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)

Justifique brevemente la clasificación basada en el grado de cumplimiento de las metas planeadas, explicando las diferencias entre los efectos directos planeados y los logrados, así como otros factores relevantes. Indicar referencias sobre la evidencia que respalda dichos resultados.

El programa tiene como indicadores de fin: la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en menores de cinco años. Para ambos indicadores se superó la meta y se observa una tendencia a la baja. Sin embargo, se debe observar que la línea de base del programa es de 2005 y hubo un desfase entre la línea de base y el inicio de la ejecución del programa en 2009 y por lo tanto esa razón existe la duda de que los resultados observados sean exclusivamente atribuibles al programa.

Los indicadores de propósito son: la proporción de partos institucionales; la prevalencia de anemia en menores de tres años, la prevalencia de IRA y EDA en menores de tres años y la prevalencia de anemia en gestantes. De los cinco indicadores, sólo se superó la meta de partos institucionales, aunque la atribución de los resultados dependería de una evaluación de impacto, que no estuvo prevista en el diseño del programa. En la ausencia de la evaluación de impacto, se puede obtener alguna información más general a partir de la comparación de la evolución de los indicadores en áreas con y sin el programa. Los datos demuestran una tendencia al alza en partos institucionales a nivel nacional, que aumentó en 9pp en cinco años (véase Anexo 5). Los resultados de un análisis comparativo entre las regiones con y sin el programa nos presentan la posibilidad de existencia de una correlación entre la intervención del programa y el aumento de los partos institucionales. Las regiones con intervención del PARSALUD II en promedio tuvieron un aumento de la proporción de partos institucionales de casi el triple a la de las otras regiones sin intervención, lo que indica que hay una probable asociación entre el programa y el aumento de partos institucionales. En el caso de la prevalencia de anemia en menores de tres años, el promedio nacional presentó una reducción de 4pp en cinco años. Los resultados de la comparación entre las regiones intervenidas y las no intervenidas por PARSALUD II son ambiguos, pues aunque el promedio de las regiones con intervención del programa mostró una reducción de alrededor de 3pp, en las regiones sin intervención hubo una reducción de 2pp.

Los componentes de demanda y oferta de PARSALUD II (Componentes 1 y 2 del programa) explican de manera limitada las mejoras en los últimos años en los indicadores de propósito. Sin embargo, PARSALUD II, Componente de Gobierno (Componente 3), con una inversión relativamente menor (menor al 1% de toda la operación), ha logrado acelerar y consolidar una reforma del sector, instrumentalizada en un mejor marco normativo y legal, el cual es condición necesaria, aunque no única, para mejorar los indicadores materno-infantiles en el largo plazo. El "Informe de Evaluación Final" (2015) señala que el componente de Gobierno fue el de mayor eficiencia, y el más importante para la reforma del sistema de salud en Perú pues se generaron 32 propuestas de normas y disposiciones legales como los Lineamientos de

Participación y Vigilancia Ciudadana en los Servicios de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal de Salud, la propuesta de Reglamento de la Ley 29344, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la propuesta de nueva Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la propuesta de Reglamento de la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud (ver Anexo 4).

Estrategia de País: Dados los resultados descritos arriba, indicar brevemente cómo el proyecto contribuyó a la estrategia del Banco en el país.

El alcance de este programa es consistente con los objetivos estratégicos de Inclusión Social, Salud y Fortalecimiento de la Gestión Pública de la Estrategia de País vigente (2012-2016). Los resultados de este programa se relacionan en particular con los objetivos de la Estrategia País de: reducir la desnutrición crónica en zonas rurales, aumentar el número de familias que reciben un conjunto integrado de servicios de salud de calidad y reducir la anemia por deficiencia de hierro en los niños menores de cinco años en zonas rurales, y fortalecer la capacidad institucional del gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente, equitativo y de calidad. Asimismo, dado que fue aprobado en 2008 y ejecutado entre 2009 y 2015, es importante mencionar que el programa también estuvo alineado con la Estrategia anterior (2007-2011), especialmente en sus objetivos de aumentar la cobertura de parto institucional y reducir la mortalidad materna e infantil.

b. Externalidades

Durante la ejecución del programa y producto de las dificultades operativas e institucionales discutidas en el acápite “Análisis de los factores críticos”, se revelan las siguientes externalidades positivas: (i) la creación del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS), que de acuerdo a su norma de creación (D.S. N° 035-2014-SA), tiene por objetivo formular, ejecutar y supervisar a nivel nacional, los estudios de pre-inversión y los proyectos de inversión en salud, para todos los niveles de complejidad, brindando asistencia técnica integral; por ello se ha considerado en la conformación de los equipos técnicos, incorporar la experiencia ganada por PARSALUD I y II; (ii) fortalecimiento de los servicios de salud materno infantiles, como parte de la política de salud que pone en agenda de los funcionarios públicos del sector salud el tema materno-infantil; (iii) el desarrollo de proveedores de construcción de establecimientos de salud de baja y mediana complejidad; y (iv) contar con expertos de ambos Bancos contribuyó a un diálogo técnico de alto nivel para el diseño e implementación de un modelo de gestión pública basada en gestión de la información orientada a resultados y a la rendición de cuentas, aunque el cofinanciamiento también genere un cierto nivel de duplicación de esfuerzos y procesos adicionales para trámites administrativos.

c. Productos

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)					
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto				
1. Componente 1: Fortalecimiento de la Demanda Costo total Comp. 1: US\$ 6,066,918 Contrapartida local: US\$ 2,534,054 Co-financiamiento BM: US\$ 1,250,407 Financiamiento BID: US\$ 2,282,457 Desembolso BID: 100% Clasificación: MS	Productos Planeados				
	1. Participantes en el Programa de Comunicación y Educación en Salud capacitados 2. Establecimientos de salud con equipamiento audiovisual instalado 3. Meses de Implementación de la Campaña "Nuestro Derecho a la Identidad"				
	Valor planificado		Valor Alcanzado		
	1.1.B	758	(2010)	1.1.B	1178 (2015)
	1.2.B	1423	(2010)	1.2.B	1423 (2015)
	1.3.B	9	(2010)	1.3.B	6 (2015)
1/ Unidad de medida: Personas capacitadas 2/ Unidad de medida: Establecimientos de salud 3/ Unidad de medida: Meses					

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales

Casi todos los productos desarrollados durante la ejecución del programa corresponden con lo planeado originalmente, a excepción del producto 1. La diferencia entre el valor alcanzado y la meta en el producto 1, fue debido al retraso en el diseño e implementación del curso de capacitación, el cual finalmente se llevó a cabo en 2015 mediante un Proyecto de Inversión Pública (PIP). En el producto "Meses de Implementación de la Campaña "Nuestro Derecho a la Identidad" si bien se alcanzó lo planificado, la campaña se interrumpió antes de que esta termine porque el liderazgo fue asumido por el RENIEC, con lo cual se liberaron recursos de este producto.

2. Componente 2: Mejoramiento de la oferta Costo total Comp. 2: US\$ 143,248,321 Contrapartida local: US\$ 119,836,358 Co-financiamiento BM: US\$ 12,198,516 Financiamiento BID: US\$ 11,213,447 Desembolso BID: 100% Clasificación: S	Productos Planeados				
	1. Establecimientos de salud de la red obstétrica con infraestructura para atención materno neonatal, mejorada 2. Establecimiento de salud de la red obstétrica con equipos médicos para atención materno infantil entregados 3. Establecimiento de salud con equipos de telecomunicaciones instalados 4. Personal de salud capacitado en Atención Materno Neonatal 5. Proyectos de mejora de la calidad de los servicios maternos e infantiles con inclusión de población pobre y dispersa 6. Personal de salud capacitado en gestión de recursos humanos y manejo de insumos 7. Planes Regionales de mejora de los sistemas de Referencias y Contrareferencia elaborado				
	Valor planificado		Valor Alcanzado		
	2.1.B	73	(2010)	2.1.E	68 (2015)
	2.2.B	104	(2010)	2.2.E	104 (2015)
	2.3.B	54	(2010)	2.3.E	55 (2015)
	2.4.B	674	(2010)	2.4.E	956 (2015)
	2.5.B	50	(2010)	2.5.E	24 (2015)
	2.6.B	1143	(2010)	2.6.E	1336 (2015)
	2.7.B	9	(2010)	2.7.E	9 (2015)
1/, 2/, 3/ Unidad de medida: Establecimientos de salud 4/, 5/ Unidad de medida: Persona capacitada 6/Unidad de medida: Proyectos financiados 7/Unidad de medida: Plan elaborado					

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales.

En este componente, casi todos los productos desarrollados durante la ejecución del programa corresponden con lo planeado, a excepción de los productos 1 y 2. En el producto "Establecimientos de salud de la red obstétrica con infraestructura para atención materno neonatal, mejorada" se modificó lo planificado, debido a que estas

habían sido priorizadas previamente por gobiernos locales y/o regionales como intervenciones completas y no principalmente a servicios materno-infantiles. Por otro lado, dos productos no alcanzaron sus objetivos. Primero, “Establecimientos de salud de la red obstétrica con infraestructura para atención materno neonatal, mejorada” no logró ejecutar al 100% lo planificado al año 2015. Al 2016, se continuará y culminará la ejecución de 4 de las 5 obras que estaban faltantes, y la obra restante iniciará el proceso de convocatoria, la misma que se financiará con recursos de contrapartida local. Los retrasos respondieron a inconvenientes como la falta de incentivos de las empresas grandes para presentarse a obras en zonas rurales dado al auge de la construcción, falta de adecuación de requisitos para empresas nuevas o consorcios que generaban licitaciones desiertas o empresas que abandonaban las obras por falta de documentos al día. Segundo, en el producto “Proyectos de mejora de la calidad de los servicios maternos e infantiles con inclusión de población pobre y dispersa”, se decidió no continuar con esos proyectos debido a su muy dificultosa administración.

3. Componente 3: Gobierno y Financiamiento Costo total Comp. 3: US\$ 7,088,605 Contrapartida local: US\$ 4,294,805 Co-financiamiento BM: US\$ 1,415,758 Financiamiento BID: US\$ 1,378,042 Desembolso BID: 100% Clasificación: MS	Productos Planeados					
	1. Normas y disposiciones legales para la mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud, propuestas					
	2. Sistemas de seguimiento de la regulación de la prestación y el financiamiento de salud, diseñado					
	3. Informes de evaluaciones periódicos del desempeño del sistema de salud, realizados					
	Valor planificado			Valor Alcanzado		
	3.1.B	27	(2005)	3.1.E	32	(2015)
	3.2.B	11	(2005)	3.2.E	16	(2015)
	3.3.B	17	(2005)	3.3.E	19	(2015)
	1/Unidad de medida: Propuesta de Norma					
	2/Unidad de medida: Sistema diseñado					
	3/Unidad de medida: Informe de evaluación					

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales.

En este componente, los valores alcanzados de todos los productos superan ampliamente los valores planificados, principalmente por la importancia que se dio a inicios de la operación del préstamo como apoyo técnico al MINSA en su liderazgo de la reforma del sector. De esta manera, hacia finales del 2013 ya se habían realizado al menos 29 propuestas de norma de la reforma del sector con asistencia técnica vinculada a la Estrategia de Salud, al SIS y a la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Componente 4: Administración Costo total Comp. 4: US\$ 13,301,880 Contrapartida local: US\$ 13,040,507 Co-financiamiento BM: US\$ 135,319 Financiamiento BID: US\$ 126,054 Desembolso BID: 100% Clasificación: MS	<u>Productos Planeados</u>	
	4. Administración y auditoría	
	<u>Valor planificado</u>	<u>Valor alcanzado</u>
	N/A	N/A (2015)

Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (PI):			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

d. Costos del Proyecto

Costo Total del Proyecto - Planeado (US\$)	Costo Total del Proyecto - Actual (US\$)	% Diferencia
COSTO TOTAL: US\$ 162,383,024 BID: US\$ 15,000,000 BM: US\$ 15,000,000 RO: US\$ 132,383,024	COSTO TOTAL: US\$ 169,705,723 BID: US\$ 15,000,000 BM: US\$ 15,000,000 RO: US\$ 139,705,722	4.5%

Explique brevemente diferencias.

Como se observa en el Cuadro 1, el costo total ejecutado del programa superó el monto asignado a inicios de la operación del proyecto. Sin embargo, se debe resaltar que el monto total asignado a inicios del proyecto según lo establecido en el estudio de factibilidad fue US\$162.383.024, con diferencias significativas respecto a lo reportado en el PMR. Estas diferencias entre los costos inicialmente planeados se debieron principalmente al tipo de cambio utilizado en el Banco, a diferencia de la monetización utilizada en los documentos contables del programa. Así, el programa tuvo un incremento de alrededor de US\$ 7M, el cual fue financiado con Recursos Ordinarios. Es decir, la variación del presupuesto no devino en un incremento en los desembolsos de los Bancos, los cuales fueron definidos al inicio de la operación. Esta diferencia está explicada principalmente por el componente de "Administración", donde se observa un incremento de casi el 50% respecto de los costos planeados. Este incremento se debió principalmente a la mayor contratación de personal y a la extensión de las operaciones del programa por 12 meses adicionales. Asimismo, los Componentes 1 y 2 presentaron incrementos menores a partir del pedido de tres modificatorias al presupuesto por parte de PARSALUD, las cuales fueron aceptadas.

Cuadro 1: Costos planificados y actualizados del PARSALUD II (en miles US\$ corrientes)

	Total por subcomp.	BID	BM	Local	Total BID+BM+Loc.	Total factibilidad
I. Fortalecimiento de la demanda						
1.1 Participantes en el Programa de Comunicación y Educación en Salud.	4,307	2,282	1,250	2,534	6,067	5,976
1.2 Establecimiento de salud con equipamiento audiovisual,.	1,227					
1.3 Meses de campaña/región "Nuestro Derecho a la Identidad".	533					
II. Fortalecimiento de la oferta						
2.1 Establecimientos de salud de la red obstétrica con infraestructura mejorada para atención materno neonatal.	100,575	11,213	12,199	119,836	143,248	142,3
2.2 Establecimiento de salud de la red obstétrica con equipos médicos básicos.	27,442					
2.3 Establecimientos de salud con equipos de telecomunicaciones básicos.	2,073					
2.4 Personal de salud capacitado en Atención Materno Neonatal	5,719					
2.5 Proyectos de mejora de la calidad de los servicios maternos e infantiles con inclusión de población pobre y dispersa.	1,204					
2.6 Personal de salud capacitado en gestión de recursos humanos y manejo de insumos.	6,109					
2.7 Planes regionales de mejora de los sistemas de Referencia y Contrareferencia.	127					
III. Gobierno y financiamiento						
3.1 Normas y disposiciones legales para mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud.	1,048	1,378	1,416	4,295	7,089	5,189
3.2 Sistemas de seguimiento de la regulación de la prestación y el financiamiento de salud.	2,607					
3.3 Informes de evaluaciones periódicos del desempeño del sistema de salud.	3,434					
IV. Administración						
Administración y auditoría	13,302	126	135	13,041	13,302	8,965
Total	169,706	15,000	15,000	139,706	169,706	162,383

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

1. **Institucionalización de capacidades de inversiones en el sector salud.** Antes de la terminación de PARSALUD II, el MINSA, en el marco del paquete de normas por delegación de facultades para la reforma del sector, decidió la creación del PRONIS. Con esta decisión, se buscaba construir sobre la base de las lecciones aprendidas de PARSALUD I y II. Sin embargo, desde la conceptualización, el PRONIS ha sido diseñado con un enfoque centrado en la oferta, que pone a la infraestructura en el centro de la gestión de las inversiones en el sector salud. Cabe precisar que una de las Unidades que tiene el PRONIS es la de Puesta Operación que tiene como parte de sus procesos el monitorear al inicio de las operaciones de las obras ejecutadas, que entre otros aspectos, está relacionada con la verificación de la adecuada dotación del recurso humano.
2. **La mortalidad infantil cayó alrededor de 40% en Perú desde fines de los 90 hasta la fecha.** La reducción de la mortalidad infantil en las nueve regiones del ámbito del programa fue de alrededor de 30% en el mismo periodo. Se ha encontrado evidencia de un ligero efecto de PARSALUD II en el parto institucional. No hay evidencia de efectos sobre la nutrición de los niños o el gasto en salud del hogar¹. A pesar de su limitado impacto, es importante resaltar que PARSALUD II enfatizó el enfoque integral y de resultados con el paciente, reduciendo la fragmentación del servicio.
3. **A pesar del escaso interés de las empresas constructoras locales para trabajar en las zonas rurales alejadas, el proyecto logró crear un mecanismo de contratación suficientemente atractivo para atraer ofertas de las empresas confiables.** Los costos y riesgos de dicha participación no podían ser compensados con los ingresos y condiciones ofrecidas por el programa, en un contexto en el que la rentabilidad de construir en ciudades era alta y sin mayores riesgos. Entre los principales factores de éxito para ese logro están: (i) además del empaquetamiento de pequeñas obras, la Unidad Ejecutora fue muy proactiva en verificar la solvencia financiera y técnica de las empresas oferentes, y crear el registro de las empresas locales dispuestas a trabajar en las condiciones precarias; (ii) el prototipo/modelo de la construcción fue uno de los factores que permitieron la construcción de las obras en menor tiempo, con menores costos, asegurando la consistencia y la calidad de las mismas
4. **La conformación del Comité Directivo generó cierta estabilidad en los cuadros técnicos y promovió a una mecánica de rendición de cuentas en el programa que hizo dinámica la gestión.** El Comité tenía como función aprobar los planes operativos, recibir y aprobar los informes anuales de ejecución, y supervisar la elección del Coordinador General y puestos claves del programa. A pesar que hubo atrasos en la elección del comité, su creación fue un aspecto positivo, como por ejemplo la estabilidad en la conducción del programa, manteniendo los cuadros técnicos y promoviendo a una mecánica de rendición de cuentas.

¹ Informe de evaluación final del PARSALUD II, 2015.

5. **PARSALUD II fue fundamental para que el MINSA pueda diseñar y regular las primeras líneas del primer paquete de la Reforma que actualmente rigen el sistema de salud en el país.** Este componente, promovió y colaboró en 2009 el reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal que marca el primer paso para el inicio de la reforma, que es la principal norma que rige el sistema de protección financiera en el país y fue financiada por el PARSALUD II. De ese modo, posteriormente el PARSALUD II, por intermedio de una cooperación técnica no-reembolsable del Banco, ejecutada por la Unidad Ejecutora PARSALUD, participó en la elaboración del reglamento que permitió la transformación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en la actual Superintendencia Nacional de Salud.
6. **PARSALUD II ha modernizado de una manera importante la infraestructura de los servicios de salud materno-infantiles en las zonas rurales más pobres y alejadas del país.** También ha fortalecido un conjunto de competencias en atención de emergencias, manejo de pacientes y en gestión de los establecimientos. Sin embargo, persiste en desafío de la disponibilidad y distribución de recursos humanos, tanto en actividades clínicas como las tareas de gestión. Los expertos manifiestan que existen tres factores críticos asociados a la movilización de personal capacitado de las zonas urbanas a las rurales: (i) falta de oportunidades y línea de carrera para los profesionales de la salud, dado que asumir un cargo gerencial (jefes de establecimiento) no genera mayores incentivos que posiciones de mando menor en el MINSA; (ii) condiciones laborales menos competitivas en el MINSA respecto al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el sistema privado; y (iii) valoración heterogénea en el sistema de pagos.
7. **El MINSA en general y el personal de PARSALUD en particular adquirió una mejor capacidad de gestión transparente y eficiente basada en el seguimiento y la rendición de cuentas a partir de la ejecución del programa.** Esta mejor capacidad de gestión aceleró el tiempo promedio de ejecución de proyectos. Según los entrevistados, el modelo del programa permitió desarrollar más de 100 expedientes técnicos en dos años y medio, a un costo menor de lo esperado.
8. **Los profesionales de salud ahora están mejor preparados para atender emergencias en el ámbito de acción del programa.** Las competencias del personal de salud para enfrentar la problemática materno infantil fueron mejoradas gracias al programa. Con las capacitaciones, se recuperaron habilidades para tratar pacientes en shock y/o hacer legrados. Estas habilidades no sólo sirven para los problemas materno-infantiles, sino también para todo tipo de problemas.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

El desempeño de la agencia ejecutora (PARSALUD) fue satisfactorio, ya que cumplió de manera eficaz, eficiente y oportuna con todos sus compromisos técnicos y fiduciarios. Desde un punto de vista estratégico, el organismo ejecutor ejerció un liderazgo efectivo y oportuno, y mantuvo una comunicación muy fluida en respuesta a los esfuerzos de supervisión del Banco. La gestión del equipo coordinador tuvo una visión estratégica, en donde cada producto y sistema desarrollado estaba enmarcado en las necesidades del programa. Desde el punto de vista de la gestión operativa del programa, el organismo ejecutor llevó ordenada y transparentemente los procesos administrativos y financieros de los cuales era responsable, de las seis auditorías

realizadas ninguna presentó hallazgos. Asimismo, el sistema de la gestión administrativa del programa ganó el premio a las Buenas Prácticas Gubernamentales en la categoría: sistemas de gestión interna, el cual para mejorar los resultados de las inversiones del programa se elaboró un Plan de Mitigación de Riesgos y se realizaron reuniones informativas con los contratistas. La relación con el Banco fue muy buena, existiendo colaboración permanente tanto en la gestión administrativa del programa como en el diálogo técnico sobre la materia.

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

El desempeño del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) fue muy satisfactorio en líneas generales ya que en la etapa de preparación y ejecución del programa se cumplió con los compromisos fiduciarios y técnicos, además el Banco actuó diligentemente en todos los procesos vinculados a esta etapa. La relación con el equipo técnico del Banco fue positiva y se dio en el marco de una estrecha relación de comunicación y acuciosidad. Los resultados del desempeño son importantes porque generan la posibilidad de gestionar otras operaciones de cooperación técnica y financiera entre el Prestatario y el BID, lo que permite recomendar al BID como aliado estratégico en futuras intervenciones requeridas por el país.

Clasificación del Desempeño del Banco			
<input checked="" type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

Se considera que PARSALUD II obtuvo resultados sostenibles, en tanto que:

1. Ha adquirido capacidades, sistemas, metodologías y competencias que le han permitido gestionar eficiente y eficazmente un programa de importante presupuesto y peso político, el cual le permitió posicionarse como una prioridad en el MINSA que respondía y trabajaba directamente con la Alta Dirección.
2. Ha acompañado y gatillado directa e indirectamente ciertos aspectos de la reforma del sector salud iniciada en el 2013, resaltando la importancia de la DCI y la mortalidad materno-infantil en las zonas más pobres del país.
3. Se logró institucionalizar algunos componentes de PARSALUD en una institución permanente del sector público: PRONIS, el cual tiene como objeto ampliar y mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y cerrar las brechas en infraestructura y oferta de servicios. A través del PRONIS se está institucionalizando ciertas capacidades adquiridas por PARSALUD al realizar inversiones más oportunas y ágiles en el sector salud. Por ejemplo, antes de PARSALUD, el esperado del tiempo de ejecución de un PIP era de 5 a 7 años; no obstante, en el programa se van a terminar ejecutando 120 obras en siete años, incluyendo ambos bancos (BID y BM).

b. Riesgos Potenciales

Un riesgo es la incertidumbre que se genera a partir del actual contexto de inicio de una nueva administración, que coincide con el fin de la ejecución del programa y el inicio del PRONIS. Sin embargo, el riesgo se podría minimizar dando a conocer y compartiendo las bondades y falencias de PARSALUD II, y las principales lecciones aprendidas con las potenciales nuevas autoridades. Otro de los factores de riesgo que se identifica es que se continúe con la pérdida del personal profesional formado en el programa. El personal técnico del PARSALUD II se capacitó y aprendió una adecuada asignación de recursos, detección oportuna de desvíos en el logro de las metas y rendición de cuentas durante la ejecución. Se debe buscar en lo posible un sistema que permita mantener los cuadros técnicos del PARSALUD II y que el *know-how* del modelo de éxito sea compartido e institucionalizado en el MINSA.

Otro riesgo es la validez y la sostenibilidad de los centros de atención maternos infantiles en las zonas rurales alejadas, donde la composición demográfica está cambiando rápidamente por la emigración de la población de las comunidades rurales hacia las zonas urbanas. Ese riesgo se debe mitigar con una evaluación permanente de las necesidades de atención de áreas dispersas, considerando posibles ajustes al diseño de las instalaciones en esas áreas, por ejemplo, con mayor uso de telemedicina.

c. Capacidad Institucional

A pesar de las limitantes por las que la coordinación del programa tuvo que atravesar, al final se demostró alta capacidad y entrega por parte de los equipos técnicos y administrativos de PARSALUD. El programa se posicionó como un modelo de gestión eficiente y transparente basado en la rendición de cuentas y en la optimización de procesos de operación a partir del cual se debían institucionalizar las principales buenas prácticas. Algunos aspectos de la gestión a resaltar fueron la elaboración de expedientes técnicos con un modelo ad hoc por especialidad, concursos para ejecución de obra con un adecuado plan de mitigación para disminuir posibilidades de estafa, un modelo de contrato preparado para la conciliación y el arbitraje, una gestión transparente basada en la rendición de cuentas a la sociedad a través de la participación del Programa en la Mesa de Lucha contra la Pobreza.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

El programa cumplió con su plan de monitoreo y evaluación (M&E). La puesta en marcha de un sistema de seguimiento y monitoreo de la gestión (SIMAF) en el programa es considerado uno de los principales factores para el logro de la eficiencia de su ejecución financiera. Este sistema surgió de una solicitud de los bancos financiadores para reportar y dar seguimiento a las actividades. Durante los años analizados este sistema fue perfeccionándose, tomando como base de planeamiento al POA del programa. La generación de tablas e indicadores que permitieran conocer a tiempo los desfases en la producción permitió que se tomaran acciones para revertir tendencias adversas cuando era posible. Respecto a la evaluación, se realizaron la

Evaluación de Medio Término y la Evaluación Final del Programa, así como Informes de Auditoría Interna y la Evaluación Final de Auditoría Externa.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

Se recomienda que en las futuras operaciones de crédito se considere estructuras de financiamiento y sistematización de las actividades y productos que sean menos complejos, ya que dificultan el monitoreo y la entrega de la información.

VII. Lecciones Aprendidas

1. **La buena percepción acerca de la contribución de un programa con el sector incentiva a su parcial institucionalización.** Al finalizar PARSALUD, se creó el PRONIS para darle continuidad a lo avanzado con el programa, particularmente el desarrollo de la inversión en la infraestructura nacional de salud. Se recomienda tomar en cuenta el aprendizaje construido en la elaboración de expedientes técnicos, implementación de concursos, las contrataciones y la ejecución de obra. El programa impuso un modelo de contrato que permitió agilizar la elaboración de los expedientes técnicos en un tiempo promedio de tres meses. También, estableció un modelo de contrato que le permitió tener mayor fortaleza al programa a la hora de las demandas por conciliación y arbitraje, además de asumir la defensa, lo que permitió velocidad de respuesta y certeza en la misma, durante la ejecución no se perdió ninguna demanda. Finalmente, se implementó un sistema de monitores de obra para hacer un seguimiento cercano de los proyectos ejecutados.
2. **Una visión de la inversión pública sesgada al componente de infraestructura podría afectar la efectividad para solucionar los problemas del sector.** La ejecución de PARSALUD terminó sesgada hacia el componente de oferta (Componente 2), y particularmente la inversión en infraestructura. No obstante, el Programa fue diseñado bajo un enfoque de oferta-demanda y bajo la premisa de que la infraestructura no era el centro de la intervención, sino la funcionalidad de los establecimientos de salud y la gobernanza del sistema de salud. Es importante, señalar que en el futuro programas como PARSALUD II aseguren en lo posible el enfoque del programa desde inicio hasta el término del proyecto, de manera que no comprometa los resultados del proyecto buscado en el diseño.
3. **Es clave considerar las condiciones del mercado inmobiliario en el diseño de un programa cuyo principal presupuesto se invierte en infraestructura.** En un contexto en el que el sector construcción creció de manera importante, PARSALUD II se enfrentó a un mercado que no tenía interés en las zonas rurales, debido al difícil acceso y condiciones climáticas adversas. Para enfrentar la falta de interés de empresas para construir obras en las áreas rurales, se agruparon obras por macro-regiones para permitir a los principales proveedores tener un incentivo para postularse. El diseño de los paquetes de obras también consideró las principales vías de acceso y abastecimiento por grupos o lotes dentro de las regiones, para facilitar la logística. Se recomienda establecer desde el diseño del programa una estrategia que considere el contexto de la industria relevante.
4. **La inversión en consultorías para la elaboración de propuestas de normas fueron gatilladas en los tiempos políticos correctos y tuvo una incidencia positiva en el desempeño del sistema de salud.** El programa impulsó cambios

en la reforma del sector, en temas claves como el aseguramiento universal, la regulación de los bancos de sangre y otros de apoyo a la reforma del sector salud. Este paquete de Decretos Legislativos durante la delegación de facultades legislativas del Congreso al Ejecutivo para la Reforma de Salud del 2013 fue financiado sobre todo con fondos del componente de gobierno. En ese sentido, PARSALUD logró traducir propuestas técnicas en instrumentos y dispositivos legales de importancia para el país. Por lo tanto, se recomienda que programas como este que generan una visión en la gestión integral del sector.

5. **Los enfoques muy focalizados en intervenciones de salud materna e infantil, en oposición a un modelo de redes integradas de servicios generan desincentivos para una atención integral y pueden generar desconfianza de los usuarios de los servicios de salud.** En el caso de PARSALUD II, los establecimientos de salud que se implementaron contaron con el equipamiento necesario para enfrentar la problemática materno infantil, pero no para otras problemáticas de la salud de la población. Entonces, a pesar de contar con la infraestructura completa, en la población hubo frustraciones por solo contar con el equipamiento para materno infantil y no poder atender otras necesidades.
6. **Establecimientos de salud alejados y la falta alineamiento claro entre el gobierno nacional y el sub-nacional desincentivan la movilización del personal de salud calificado.** En PARSALUD, se perdió la oportunidad de generar incentivos para que el personal capacitado se mueva a los establecimientos de salud donde las necesidades son mayores. La falta de alineamiento entre niveles de gobierno explicó en parte este problema – el financiamiento de la infraestructura estuvo a cargo del gobierno nacional, pero la asignación de los recursos humanos está a cargo de los gobiernos sub-nacionales. La disponibilidad y la capacidad de los recursos humanos se debe considerar de manera detallada en los proyectos de infraestructura de salud, particularmente en los casos de zonas alejadas.
7. **El desfase entre la aprobación de la pre-inversión y el inicio de las actividades de ejecución aumenta la posibilidad que las obras inicialmente seleccionadas ya no sean necesarias.** Debido al desfase entre la pre-inversión y la inversión, duró cuatro años (2005-2009) en el caso de PARSALUD, los establecimientos de salud que se seleccionaron en la pre-inversión terminaron siendo en algunos casos poco relevantes en el momento de la inversión. A pesar de ello, la estrategia del programa no fue afectada, debido a que se utilizó un instrumento de priorización de las obras que le permitió al programa sustituir con rapidez aquellos establecimientos priorizados por los gobiernos sub nacionales que ya se encontraban ejecutando las obras con sus recursos presupuestales. Sin embargo, se recomienda buscar alternativas más ágiles para los tramites de pre-inversión, para evitar los retrasos en el arranque.
8. **Las capacidades del personal del programa mejoran la capacidad de gestión y la productividad.** Un factor diferenciador del equipo fue su amplia experiencia en la gestión de servicios de salud, en la temática del PARSALUD II, lo que contribuyó a seleccionar y retener personal que aseguraba cumplir con el enfoque de gestión de oferta y demanda con el cual se diseñó el programa. Por ejemplo, el esperado del tiempo de ejecución de un PIP antes de PARSALUD era de 5 a 7 años; no obstante, en el programa se ejecutaron 120 obras en 7 años.

9. **El M&E contribuye con la retroalimentación al proceso de planificación de los proyectos.** En PARSALUD, se implementó un sistema de monitoreo de la gestión a solicitud de la banca multilateral que permitió mejorar el POA del programa, que fue favorable para la mejor rendición de cuentas y efectividad. El equipo de M&E propuso el establecimiento de una unidad de gestión de la evidencia, que permita a partir de evaluaciones rigurosas corregir algunas deficiencias encontradas en la marcha del programa, pero este sistema no pudo lograr mayores avances. Por lo tanto, se recomienda asegurar que las actividades de monitoreo gatillen evaluaciones que permitan detectar cuellos de botella para su destrabe y solución en el corto plazo.
10. **El financiamiento externo y la asistencia técnica de las agencias multilaterales contribuyen con el mejoramiento del nivel técnico del sector.** Bajo la orientación del BID, PARSALUD orientó su gestión a la transparencia y rendición de cuentas. Se reconoce que el acceso a conocimiento y técnicos internacionales de la banca multilateral es un valor agregado importante para el sector. Además, las reglas de contratación de la banca multilateral contribuyeron con el proceso eficiente de ejecución del Programa. Finalmente, se reconoce también que la rendición de cuentas con la banca multilateral incentivó constantemente al rediseño y ajuste de intervenciones para el mejor logro de resultados. Esos logros demuestran que, aunque la contribución financiera del Banco haya sido tan sólo un 10% del total de la operación, el instrumento de cofinanciamiento puede acelerar importantes reformas y cambios de prácticas.

Anexos:

1. [Acta Taller de Cierre](#)
2. [Evaluación del Prestatario](#)
3. [Listado de entrevistados](#)
4. [Lista de consultorías realizadas en el Componente 3 "Gobierno"](#)
5. [Descripción de resultados](#)