

PÚBLICO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PERÚ

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

(PE-0030)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

FEBRERO 1993

PERU
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
(PE-0030)

INDICE

Página

MAPA
DATOS SOCIOECONOMICOS
RESUMEN EJECUTIVO

I. MARCO DE REFERENCIA	1
A. Introducción	1
B. Política y estrategia del Gobierno en el sector salud	2
C. Condiciones de salud de la población y problemas más resaltantes de los servicios prestados por el sector	2
1. Condiciones de salud	2
2. Organización del sector salud	3
3. Problemas más relevantes de la prestación del servicio	4
D. Conclusiones del análisis del sector	8
E. Estrategia del Banco en los sectores sociales	8
F. Participación de otras entidades internacionales	9
G. Conceptualización del programa propuesto	9
II. EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO	11
A. Objetivos	11
B. Descripción	11
1. Estudios Institucionales y de Preinversión (US\$12,3 millones)	12
2. Fortalecimiento Institucional (US\$11,1 millones)	15
3. Apoyo a la Red (US\$57,5 millones)	18
C. Dimensionamiento	20
D. Costo y financiamiento del programa	20
1. Costos por categorías globales de inversión	20
2. Descripción de las categorías de inversión	21
E. Financiamiento	23
1. Financiamiento del Banco	23
2. Contrapartida local	23
III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	24
A. Aspectos generales de la ejecución del programa	24
1. Marco general	24
2. Coordinación del programa	24
B. Ejecución de los componentes del programa	25
1. Estudios Institucionales y de Preinversión	26

2.	Fortalecimiento Institucional	27
3.	Apoyo a la Red	27
4.	Cronograma de ejecución de los tres componentes del programa	29
C.	Participación de la OPS/OMS y del PNUD en la ejecución del programa	29
D.	Otros aspectos de la ejecución	31
1.	Período de ejecución y calendario de desembolsos	31
2.	Reconocimiento de gastos y financiamiento retroactivo	31
3.	Procedimientos de contratación de consultores individuales y firmas consultoras y adquisición de bienes	31
4.	Mantenimiento de equipos	32
5.	Anticipos	32
6.	Auditoría externa	32
7.	Convenios	32
8.	Evaluaciones intermedia y ex-post	32
9.	Informes y supervisión	34
E.	Impacto ambiental	34
F.	Posible ocurrencia de desastres naturales	34
G.	Estado de preparación del programa	35
IV.	PRESTATARIO Y UNIDAD EJECUTORA	36
A.	Análisis institucional	36
1.	Introducción	36
2.	Estructura orgánica y funciones del Ministerio de Salud	36
B.	Análisis financiero	38
1.	El Presupuesto del Ministerio de Salud	38
2.	Esquema de financiamiento de los servicios descentralizados	40
3.	Esquema financiero de hospitales	41
V.	FACTIBILIDAD, IMPACTO DISTRIBUTIVO Y RIESGOS	42
A.	Factibilidad del programa	42
1.	Consideraciones generales	42
2.	Aspectos técnicos	43
3.	Aspectos institucionales	43
4.	Aspectos financieros	44
5.	Aspectos socioeconómicos	44
B.	Impacto distributivo	46
C.	Impacto sobre la mujer	46
D.	Beneficios y riesgos del programa	47
1.	Beneficios	47
2.	Riesgos	47

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO I-2 Desglose Preliminar de Costos Directos
- ANEXO II-3 Esquema de Organización de la Unidad Coordinadora del Programa y Presupuesto Operativo
- ANEXO III-3 Proyecto de Reglamento Operativo del Fondo de Inversión en Salud.

LISTA DE APENDICES

- I. Proyecto de Resolución de Préstamo OC
- II. Recomendaciones
- III. Descripción del Programa (Anexo A del Contrato)

SIGLAS Y ABREVIATURAS

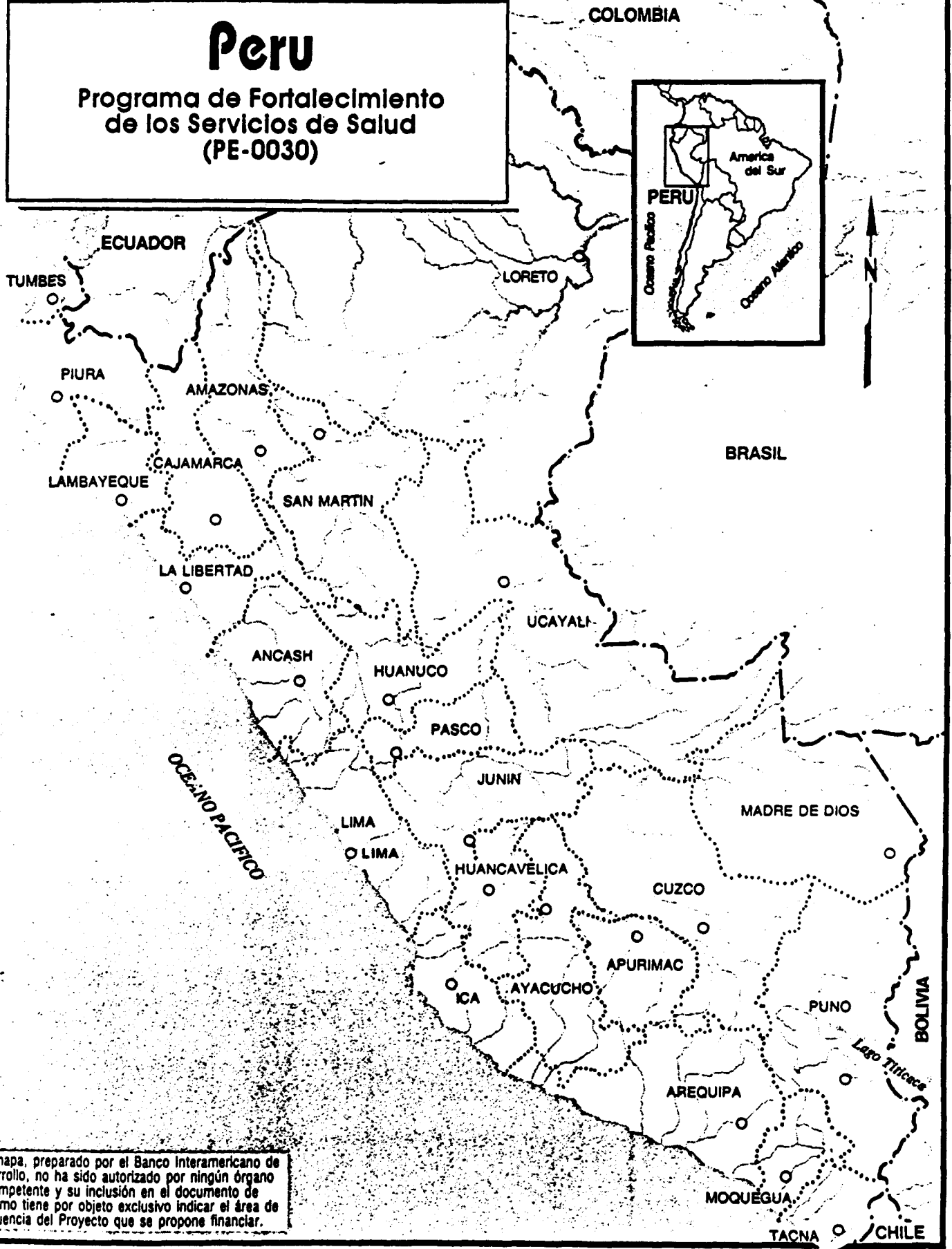
CEPIS:	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria. Es un centro especializado de la OPS/OMS, con sede en Lima.
DRS:	Direcciones Subregionales de Salud. Son órganos desconcentrados encargados de ejecutar las normas emitidas por los órganos técnico-administrativos, regulan, supervisan, controlan y fomentan el desarrollo de las actividades de salud, articulando el sector público y privado con participación de la comunidad, los organismos cooperantes y otros sectores dentro del ámbito de su jurisdicción.
IPSS:	Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Es un ente autónomo con personería jurídica, encargado de administrar los regímenes de prestaciones de salud, pensiones y prestaciones sociales.
MINSA:	Ministerio de Salud.
OECF:	Fondo de Cooperación Económica de Ultramar del Japón.
ONG:	Organismos No Gubernamentales. Son instituciones privadas sin fines de lucro, dedicadas a actividades de salud generalmente de tipo preventivo y promocional, así como a otras de desarrollo social en el nivel local y comunitario.
OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
SIDA:	Síndrome de inmuo deficiencia adquirida.
UDES:	Unidades Departamentales de Salud. Son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, hasta agosto de 1992 sólo en funcionamiento en Lima y Callao. Actualmente reemplazadas por las Direcciones Subregionales de Salud, en proceso de implantación en Lima Y Callao, creadas por el Decreto Supremo No.002-92-SA. del 20 de agosto de 1992.
UCP:	Unidad Coordinadora del Proyecto. Es la unidad especialmente establecida para coordinar la ejecución del Programa con la participación de los órganos especializados del MINSA.
USAID:	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.

UTES: Unidades Territoriales de Salud. Son órganos dependientes de las UDES, encargadas de coordinar el funcionamiento de puestos y centros de salud en Lima y Callao hasta agosto del presente año.

ZONADIS: Zonas de Desarrollo Integral de Salud. Constituidas por establecimientos de salud integrados funcionalmente, tienen bajo su responsabilidad actividades de promoción y protección de la salud de las personas y del ambiente en el primer nivel de atención. La delimitación, organización e implementación es responsabilidad de las Direcciones Subregionales de Salud, que reemplazan a las UDES.

Peru

Programa de Fortalecimiento
de los Servicios de Salud
(PE-0030)



Este mapa, preparado por el Banco Interamericano de Desarrollo, no ha sido autorizado por ningún órgano competente y su inclusión en el documento de préstamo tiene por objeto exclusivo indicar el área de influencia del Proyecto que se propone financiar.

PERU

Datos Básicos Socioeconómicos
Estadísticas y Análisis Cuantitativo
Departamento de Desarrollo Económico y Social

Resumen Ejecutivo

Estadísticas Sociales

Extensión territorial (Km2)	1992	1.280.219
Población (miles)	1992	22.454
Población (tasa media anual de crecimiento)	1983-1992	2,2
Rural (porcentaje)	1992	28,8
Densidad (habitantes por Km2)	1992	17,5
Estadísticas vitales		
Natalidad (tasa por 1.000 habitantes)	1990	30,3
Mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)	1990	69,3
Mortalidad (tasa por 1.000 habitantes)	1990	8,3
Esperanza de vida al nacer (años)	1990	62,7
Analfabetismo (porcentaje)	1990	14,9
Tasa de matrícula primaria	1990	126,0

Estadísticas Económicas

Tasa de cambio de mercado (Nuevos Soles/US\$)	11-1992	1,6
PIB per cápita (tasa media anual de crecimiento)	1983-1992	-3,6
Fuerza de trabajo (miles)	1990	7.138
Tasa de desempleo (porcentaje)	1991	5,9
Precios al consumidor (variación en doce meses)	1992	72,5
Balance global del sector público NF (% del PIB)	1991	-2,2
Crédito interno (% del PIB)	1991	4,2
Balanza de pagos (millones de US\$)		
Saldo en cuenta corriente	1992	-3.166
Balanza comercial	1992	-625
Balanza en cuenta de capital	1992	3.610
Variación de reservas (- aumento)	1992	-444
Deuda externa total (millones de US\$)	1991	20.030
Servicio de la deuda total (millones de US\$)	1991	1.257
Deuda como proporción del PIB (porcentaje)	1991	55,7
Relación del servicio de la deuda (porcentaje)	1991	29,3

PERU

Datos Básicos Socioeconómicos

1. Tasas de cambio

1. Tasas de cambio	Nuevos Soles/US\$, fin de período Índice 1980=100									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Tasa de mercado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0
Índice efectivo real	81,6	86,9	86,9	106,0	95,5	84,1	92,2	50,5	36,0	28,8

2. Precios

2. Precios	Tasa media anual de crecimiento porcentual									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Indice de precios al consumidor	64,4	111,2	110,2	163,4	77,9	85,8	667,1	3398,7	7482,6	409,5
Indice de precios al por mayor	...	...	...	0,0	60,3	51,1	627,9	2510,3	6737,7	...

3. Liquidez internacional

3. Liquidez internacional	Millones de US\$									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Reservas	1750	1766	2031	2262	1866	1159	1098	1480	1769	3000
Reservas menos oro	1350	1366	1631	1842	1407	646	511	808	1040	2443
Derechos especiales de giro (DEG)	33	1	22	...	...	...	...	...	...	...
Posición de reservas en el FMI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Divisas	1317	1365	1608	1842	1407	646	511	808	1040	2443
Oro (valoración nacional)	400	400	400	420	459	513	587	672	729	557

4. Cuentas nacionales

4. Cuentas nacionales	Millones de US\$ de 1988 US\$ de 1988									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Producto interno bruto	34074	29409	30719	31219	34750	38296	34849	30317	28904	29755
PIB per cápita	1878	1584	1617	1608	1751	1890	1685	1436	1341	1353

	Tasa anual de crecimiento porcentual (precios constantes)									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PIB per cápita	-2,1	-14,6	2,5	0,0	6,9	6,2	-10,2	-13,5	-7,0	0,3
PIB por tipo de gasto (pm)	0,2	-12,6	4,8	2,3	9,2	8,5	-8,3	-11,7	-5,1	2,4
Consumo	2,5	-8,8	1,0	2,3	13,3	9,3	-8,5	-16,0	-3,3	1,2
Inversión interna bruta	-7,3	-38,8	-9,9	-11,1	32,8	28,1	-9,4	-32,5	3,0	19,8
Exportaciones de bienes y servicios	6,1	-10,3	9,1	4,4	-10,2	-7,3	-7,2	18,7	-5,2	-4,6
Importaciones de bienes y servicios	2,2	-29,6	-18,2	-8,7	20,4	14,9	-9,0	-25,3	12,5	6,3
PIB por sector de origen (pm)										
Agricultura, silvicultura y pesca	3,0	-10,8	11,9	3,7	6,2	-5,1	7,8	-4,8	-8,2	1,1
Explotación de minas y canteras	1,2	-9,8	4,8	4,3	-4,5	-3,0	-15,0	-4,9	-4,2	-3,9
Manufacturas	-1,2	-18,1	5,7	4,5	15,6	12,8	-11,2	-15,7	-6,9	5,8
Electricidad, gas y agua	8,2	-16,0	0,3	6,2	17,6	7,7	0,5	-1,3	0,4	9,6
Construcción	2,0	-20,8	0,8	-10,5	21,4	17,7	-6,8	-14,7	3,2	-1,6
Comercio al por mayor y al por menor	0,0	-14,4	2,5	2,2	14,2	9,9	-11,0	-16,0	-4,1	5,9
Transportes y comunicaciones	-1,5	-7,1	0,5	2,8	8,4	10,0	-5,4	-9,4	-7,1	4,0
Servicios financieros	0,3	-13,9	0,3	3,6	3,9	8,0	-6,1	-12,8	4,3	2,8
Gobierno	0,8	6,7	7,6	0,5	8,4	4,8	-9,0	-14,2	-8,3	-8,2
Otros servicios	-2,4	-11,4	7,1	-1,5	6,6	11,1	-16,5	-7,3	-9,3	4,8

PERU
Datos Básicos Socioeconómicos

4. Cuentas nacionales (cont.)

Composición porcentual (precios corrientes)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
PIB por tipo de gasto (pm)										
Consumo	74,4	77,6	74,1	73,7	79,8	80,0	74,6	79,2	78,6	79,9
Inversión interna bruta	31,3	23,5	22,2	21,6	22,4	22,8	26,1	20,7	20,4	22,3
Exportaciones de bienes y servicios	15,7	18,1	18,6	20,0	12,1	9,3	11,4	12,4	10,9	9,5
Importaciones de bienes y servicios	21,4	19,2	14,9	15,3	14,3	12,1	12,2	12,3	9,8	11,7
PIB por sector de origen (pm)										
Agricultura, silvicultura y pesca	9,5	10,6	11,0	9,4	11,2	10,3	8,3	8,0	6,8	6,6
Explotación de minas y canteras	10,5	11,1	10,6	9,9	3,2	2,1	2,2	2,8	2,7	2,4
Manufacturas	18,3	18,3	19,9	24,3	24,2	23,4	29,8	25,3	27,5	25,0
Electricidad, gas y agua	1,1	0,8	1,1	1,2	1,0	0,9	0,5	0,4	0,6	0,6
Construcción	8,9	6,7	6,6	7,1	7,6	7,9	9,0	7,8	7,6	8,6
Comercio al por mayor y al por menor	17,5	18,9	18,3	18,0	20,5	20,4	18,7	19,1	18,7	18,7
Transportes y comunicaciones	6,1	5,6	5,9	6,2	5,4	5,4	5,0	5,0	4,8	5,9
Servicios financieros	7,1	6,7	6,3	6,1	6,0	5,4	4,8	2,9	3,4	4,5
Gobierno	8,7	9,3	8,9	8,1	9,1	10,4	7,6	8,3	6,7	2,7
Otros servicios	12,3	11,9	11,4	9,8	11,9	13,8	14,1	20,5	21,3	24,9

5. Sector público no financiero

Como porcentaje del PIB

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Ingresos corrientes	17,3	16,6	18,0	19,5	15,9	13,3	10,9	9,0	9,9	9,2
Gastos corrientes	17,1	18,8	17,4	17,4	16,6	17,0	15,7	14,3	13,7	9,5
Ahorro corriente	0,1	-2,1	0,6	2,1	-0,7	-3,7	-4,7	-5,3	-3,9	-0,3
Gastos de capital	8,6	8,6	8,1	6,3	5,8	4,9	3,7	4,4	2,4	2,3
Balance global (- déficit)	-7,2	-9,8	-6,7	-3,4	-5,7	-7,9	-8,1	-8,5	-5,9	-2,2
Financiamiento doméstico	1,1	4,2	2,1	-1,6	2,3	5,2	4,1	4,9	2,4	1,7

6. Panorama monetario

Como porcentaje del PIB

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Crédito interno	14,0	13,7	17,0	12,8	9,3	11,0	3,7	3,5	1,5	4,2
Sector público	3,7	3,9	7,4	4,5	2,0	3,9	1,6	1,0	0,8	1,0
Sector privado	10,3	9,8	9,6	8,3	7,4	7,2	2,2	2,5	0,8	3,2
Dinero (M1)	6,0	6,2	4,8	4,3	8,3	7,4	3,0	2,2	0,7	1,6

7. Comercio exterior

**Por destino en porcentaje
Índice 1980 = 100**

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Exportaciones de bienes (fob)										
Países desarrollados	72,4	79,8	72,4	70,9	69,0	67,9	68,5	64,3	69,5	62,4
Países en desarrollo	27,6	20,2	27,6	29,1	31,0	32,1	31,5	35,7	30,5	37,6
América Latina	15,2	10,4	11,9	14,1	14,5	16,1	14,5	14,9	15,4	16,6
Importaciones de bienes (cif)										
Países desarrollados	77,2	78,7	71,8	69,8	69,5	65,3	66,3	59,6	54,9	55,3
Países en desarrollo	22,8	21,3	28,2	30,2	30,5	34,7	33,7	40,4	45,1	44,7
América Latina	18,8	17,6	23,0	25,5	26,5	23,4	29,6	25,0	27,4	39,2
Índice de los términos de intercambio	80,4	96,2	93,5	90,1	80,3	85,5	99,6	94,6	81,4	75,0

PERU

Datos Básicos Socioeconómicos

7. Comercio exterior (cont.)

Composición porcentual

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Exportaciones de bienes (fob)										
Productos alimenticios	12,3	13,1	17,6	16,9	27,9	23,1	25,6	26,4	21,2	...
Productos agrícolas no elaborados	4,8	4,7	4,2	4,7	5,4	3,9	3,9	4,6	3,3	...
Combustibles	27,0	23,2	26,5	24,0	12,7	13,1	6,7	7,1	10,0	...
Productos minerales y metales	42,2	47,6	40,2	42,7	37,6	43,6	48,3	41,6	47,1	...
Productos manufacturados	13,7	11,5	11,5	11,8	16,4	16,4	15,5	20,3	18,2	...
Productos químicos	1,6	1,1	1,3	1,2	1,9	2,4	2,4	2,8	2,2	...
Maquinaria y material de transporte	1,2	1,3	1,5	1,2	1,5	1,2	1,5	1,5	1,0	...
Otros productos manufacturados	10,9	9,0	8,7	9,4	13,0	12,8	11,5	16,0	15,1	...
Importaciones de bienes (cif)										
Bienes de capital	30,3	28,3	24,2	25,2	22,9	27,1	20,1	23,3	...	...
Bienes de consumo	15,3	15,3	13,4	10,8	17,3	15,6	12,8	13,6	...	...
Bienes intermedios	49,1	53,5	60,6	61,9	58,1	56,3	66,5	62,9	...	...
Combustibles	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Otros	5,3	2,8	1,8	2,1	1,7	0,9	0,5	0,3	...	...

8. Balanza de pagos

Millones de US\$

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Saldo en cuenta corriente	-1609	-872	-221	137	-1077	-1481	-1091	362	-949	-1871
Balanza comercial	-428	293	1007	1172	-65	-521	-99	1197	340	-165
Exportaciones de bienes (fob)	3293	3015	3147	2978	2531	2661	2691	3488	3231	3329
Importaciones de bienes (fob)	3721	2722	2140	1806	2596	3182	2790	2291	2891	3494
Balanza de servicios	-1348	-1384	-1386	-1169	-1162	-1140	-1149	-1071	-1536	-2022
Fletes y seguros	-123	-70	-54	-4	-33	-98	-93	-25	-180	-291
Viajes	46	19	27	35	4	-20	65	-55	-419	-618
Renta de inversión	-1034	-1130	-1165	-999	-819	-718	-773	-622	-688	-905
Otros servicios	-237	-203	-194	-201	-314	-304	-348	-369	-249	-208
Transferencias unilaterales	167	219	158	134	150	180	157	236	247	316
Privadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oficiales	167	219	158	134	150	180	157	155	...	...
Balanza en cuenta de capital	1927	718	1037	347	736	867	1215	447	547	1525
Sector no monetario	2206	663	1046	328	724	905	1199	419	572	1530
Sector privado	1221	-834	-403	-451	85	459	188	321	114	194
Inversión directa	-48	38	-89	1	22	32	26	59	41	-7
Inversión de cartera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras a largo plazo	157	-85	-114	-124	-70	-160	-263	-198	-183	-14
Otras a corto plazo	1016	-787	-200	-328	133	587	425	460	256	215
Sector gobierno	985	1497	1449	779	639	446	1011	98	458	1336
Largo plazo	931	1284	84	-496	-1139	-1098	-1034	-716	-828	-247
Corto plazo	54	213	1365	1275	1778	1544	2045	814	1286	1583
Sector monetario	-279	55	-9	19	12	-38	16	28	-25	-5
Largo plazo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Corto plazo	-279	55	-9	19	12	-38	16	28	-25	-5
Variación de reservas (- aumento)	84	34	-250	-186	295	668	-10	-595	-284	-1376
Errores y omisiones	-402	120	-566	-298	45	-54	-114	-214	687	1722

PERU
Datos Básicos Socioeconómicos

9. Deuda externa

	Millones de US\$									
	Relaciones porcentuales									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Deuda total	12305	12061	13099	14279	16154	18645	18998	19921	21105	20030
Deuda a largo plazo	8632	9828	10675	11681	12671	14166	13928	14258	14898	13925
Pública y garantiz. por el gobierno	6968	8249	9210	10339	11334	12733	12505	12669	13344	13313
Bilateral	2245	2566	2857	3437	3861	4476	4479	4632	4931	5050
Multilateral	837	985	1050	1343	1667	2137	2052	2031	2192	2198
Tenedores de bonos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	...
Bancos	2244	2946	3607	3765	3871	3958	3914	3914	3968	3933
Proveedores	911	1075	1101	1240	1356	1524	1449	1478	1587	1512
Otros acreedores	729	677	593	553	579	636	612	613	666	...
Privada no garantizada	1664	1579	1465	1342	1337	1433	1423	1589	1554	612
Uso de crédito del FMI	650	698	675	702	728	845	801	758	755	691
Deuda a corto plazo	3024	1536	1750	1896	2754	3634	4269	4904	5453	5414
Atrasos en los pagos de la deuda	8	96	420	804	1461	2243	2878	3426	3873	...
Servicio de la deuda total	2316	1511	1286	1184	839	435	237	311	474	1257
Pública y garantiz. por el gobierno	1522	761	625	680	534	321	123	198	237	...
Bilateral	404	208	157	262	173	79	46	124	132	239
Multilateral	89	111	134	160	220	156	66	66	51	159
Privada no garantizada	330	354	385	291	133	15	15	20	45	...
FMI recompras y cargos	97	146	144	97	71	1	1	38	137	119
Deuda a corto plazo (sólo intereses)	367	249	132	117	102	98	99	55	55	55
Deuda como proporción del PIB	47	50	50	51	51	52	55	60	67	56
Relación del servicio de la deuda	55	39	32	30	24	12	6	7	11	29

... No disponible

0,0 Indica que el monto es cero o no significativo

PERU

Datos Básicos Socioeconómicos

Fuentes y notas

Resumen Ejecutivo

Estadísticas sociales:

Extensión territorial: Organización de los Estados Americanos (OEA), América en Cifras 1974.

Población: estimaciones del BID basadas en datos del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la División de Población de las Naciones Unidas.

Estadísticas vitales:

Banco Mundial, Social Indicators of Development - 1991-92 Edition y la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico - edición 1991.

Estadísticas económicas:

Fuerza de trabajo: Banco Mundial, Social Indicators of Development - 1991-92 Edition.

Desempleo: Programa Regional del Empleo para América Latina y El Caribe (PREALC).

1. Tasas de cambio:

Fondo Monetario Internacional (FMI), Estadísticas Financieras Internacionales (EFI).

Índice efectivo real: estimaciones del BID basadas en datos del Banco Central de Reserva del Perú.

2. Precios:

FMI, EFI.

3. Liquidez internacional:

FMI, EFI.

4. Cuentas nacionales:

PIB en US dólares de 1988: estimaciones del BID.

PIB por tipo de gasto y por sector de origen: Instituto Nacional de Estadística y Banco Central de Reserva del Perú.

5. Sector público no financiero:

Banco Central de Reserva del Perú y FMI.

6. Panorama monetario:

FMI, EFI (datos a junio de cada año).

7. Comercio exterior:

Comercio por destino y origen: FMI, Direction of Trade Statistics (cintas magnéticas).

Términos de intercambio: CEPAL, Balance Preliminar de la Economía Latinoamericana, diciembre 1991.

Composición de exportaciones: División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSTAT), Commodity Trade (COMTRADE) Data Base; exportaciones incluyen reexportaciones.

Composición de importaciones: Banco Central de Reserva del Perú, Memoria Anual. Combustibles incluye petróleo crudo.

8. Balanza de pagos:

Banco Central de Reserva del Perú y FMI, Balance of Payments Statistics (cintas magnéticas).

9. Deuda externa:

Banco Mundial, World Debt Tables (cintas magnéticas).

PERU
DEPARTAMENTO DE OPERACIONES
OPS/IRO

PRESTAMOS BID

APROBADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1992

	US\$ Miles	Porcentaje
TOTAL APROBADO *	2.434.650	100,0%
DESEMBOLSADO	1.959.768	80,5%
CANCELADO	451.220	18,5%
POR DESEMBOLSAR	474.882	19,5%
AMORTIZADO	902.862	37,1%
APROBADO POR FONDO		
CAPITAL ORDINARIO	1.820.296	74,8%
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	393.133	16,1%
FONDO FIDUCIARIO DE PROGRESO SOCIAL	45.108	1,9%
FONDO DE FIDEICOMISO DE VENEZUELA	175.453	7,2%
OTROS FONDOS	660	0,0%
APROBADO POR SECTOR		
AGRICULTURA Y PESCA	437.201	18,0%
INDUSTRIA Y MINERIA	412.879	17,0%
TURISMO Y MICROEMPRESA	30.839	1,3%
ENERGIA	190.658	7,8%
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	364.188	15,0%
EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA	9.028	0,4%
SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE	88.065	3,6%
DESARROLLO URBANO	56.520	2,3%
PLANIFICACION Y REFORMA	659.025	27,1%
FINANCIAMIENTO A EXPORTACIONES	176.756	7,3%
PREINVERSION Y OTROS	9.491	0,4%

* Cifras netas de cancelaciones con ajustes monetarios y recuperaciones en préstamos para financiamiento de exportaciones.

PROGRAMA TENTATIVO DE PRESTAMOS

1993	US\$ Millones
PROG.FORTALECIMIENTO SERVICIOS DE SALUD	68,0
PROGRAMA SECTORIAL AGRICOLA	116,0
REHABILITACION DEL SUBSECTOR ELECTRICO	130,0
APOYO AL SECTOR SANEAMIENTO BASICO	42,0
TOTAL	356,0
TOTAL PROGRAMADO	356,0
OTROS POSIBLES PROYECTOS	
PROGRAMA CREDITO A MICROEMPRESA	10,0
PROG. MULTISECTORIAL DE PREINVERSION	15,0
TOTAL	25,0

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

(PE-0030)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO: República del Perú

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSA)

MONTO Y FUENTE:

BID:	US\$68 millones (OC)
Aporte local:	US\$10 millones
Cofinanciamiento:	US\$20 millones
Total:	US\$98 millones

PLAZOS Y CONDICIONES:

Plazo de amortización:	25 años
Período de desembolso:	4 años
Tipo de interés:	variable
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,75%

COFINANCIAMIENTO: Fondo de Cooperación Económica de Ultramar del Japón (OECF), en negociación.

OBJETIVOS: El programa tiene como propósito emprender los estudios y acciones que permitan preparar programas de reformas sectoriales, tomando en cuenta el papel de la seguridad social y de los otros entes públicos y privados del sector salud; fortalecer al Ministerio de Salud en su papel de ente normativo del sector y a las entidades regionales en su carácter de coordinadoras y normativas en sus ámbitos regionales respectivos; y emprender acciones de emergencia para producir un aumento inmediato en cantidad y calidad en la atención preventiva y curativa básica a los grupos de menores ingresos.

DESCRIPCION: El programa comprendería tres componentes que interactúan y se complementan entre sí:

a. Estudios Institucionales y de Preinversión (US\$12,3 millones): Comprendería la elaboración de estudios del sector que servirían de base para: (i) llevar a cabo el ordenamiento del sector e introducir ajustes en las políticas sectoriales para definir una nueva estructura y organización del sector; (ii) crear las bases para una operación de reforma estructural del sector; y (iii) preparar un programa de inversiones prioritarias de corto y mediano plazo.

b. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud y de las entidades descentralizadas (US\$11,1 millones): Consistiría en el diseño e implementación de siete sistemas técnico-administrativos que fortalecerían áreas críticas del MINSA y de los organismos descentralizados correspondientes en el sector salud, para que estén en la capacidad de dar un mejor apoyo a las instituciones prestadoras de servicios bajo su jurisdicción. Los sistemas son: supervisión y monitoreo, aprovisionamiento de insumos, mantenimiento, comunicaciones, manejo de residuos hospitalarios, información y desarrollo de recursos humanos.

c. Apoyo a la Red de Establecimientos (US\$57,5 millones): Consistiría en el financiamiento de equipos básicos, medicamentos y otros insumos, así como el fortalecimiento de gestión y capacitación para puestos y centros de salud y hospitales generales del MINSA y de las regiones, agrupados en redes de establecimientos. Dicho financiamiento se haría a través de un Fondo de Inversiones en Salud establecido especialmente para este fin.

**CLASIFICACION
AMBIENTAL:**

El Comité de Medio Ambiente en la reunión del 29 de julio de 1991 clasificó esta operación en la Categoría II.

BENEFICIOS:

Los principales beneficios del programa serían los siguientes:

(1) Generaría los elementos necesarios para la implantación de políticas y estrategias sectoriales en el contexto de la regionalización lo que, a su vez, permitiría racionalizar la canalización de recursos adicionales al sector, provenientes de otras fuentes internacionales de financiamiento.

(2) Contribuiría a consolidar el proceso de descentralización al fortalecer la capacidad administrativa de los entes descentralizados y de los establecimientos de salud.

(3) Contribuiría a elevar el número y calidad de los recursos humanos calificados en salud a través de la capacitación que se impartiría para fortalecer al MINSA, direcciones regionales y establecimientos de salud.

(4) Mejoraría la eficiencia de los establecimientos que prestan servicios al promover su articulación en

redes funcionales, a la vez que aumentaría la capacidad local de resolución de los problemas de salud.

(5) Produciría mecanismos operativos para una mejor focalización de las inversiones y programas sobre grupos específicos de población de acuerdo a sus características demográficas, socioeconómicas o epidemiológicas.

(6) Tendría un impacto directo sobre la población de menores ingresos ya que el subsector público de salud, al que se orienta el programa, es prácticamente el único que cubre a esta población. Adicionalmente, existirían criterios de selección para restringir el financiamiento a las redes ubicadas en las zonas más deprimidas desde el punto de vista de su condición socioeconómica. Beneficiaría en especial a mujeres y niños de bajos ingresos, que son los usuarios principales del servicio público.

RIESGOS:

Los riesgos del programa son los inherentes a la problemática y procesos de ajuste que vive el país. El diseño del programa incorpora medidas para controlar gran parte de los riesgos previstos, sin embargo, aún permanecen algunos no controlados:

(a) Las dificultades para la retención de personal capacitado en vista de los bajísimos salarios del sector público. De no mejorar esta situación, la conformación de una planta de personal profesional estable y apto para el desempeño de las actividades en el sector público se ve amenazado. Este efecto pudiera contrarrestarse en la medida que se lleve a cabo un plan con mejores salarios e incentivos para atraer personal capacitado para las nuevas funciones, lo cual está previsto en el componente Estudios Institucionales y de Preinversión.

(b) Otro riesgo se deriva de las indefiniciones en los ámbitos de autoridad de los gobiernos regionales y municipales sobre los servicios, lo que podría crear obstáculos en la toma de decisiones para diseñar y presentar solicitudes de apoyo a la red.

(c) Finalmente, si bien se conoce la buena disposición del gobierno del Japón de apoyar proyectos en el Perú y en particular al programa propuesto, existe algún riesgo de que no se obtenga el cofinanciamiento en la cuantía propuesta, en cuyo caso el componente afectado sería el de Apoyo a la Red, cuyo dimensionamiento se vería reducido sustancialmente.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAIS:**

La estrategia operativa para el Perú, en el período 1993-94, incluye como un área prioritaria de apoyo al país el alivio a la pobreza y estímulo al progreso social mediante programas orientados directamente a mejorar las condiciones de vida de la población de menores ingresos. Las otras áreas prioritarias son: consolidación de los programas de estabilización macroeconómica y reformas estructurales; fortalecimiento de capacidad institucional y preinversión; privatización de empresas públicas y estímulo al crecimiento del sector privado; y rehabilitación de sectores productivos e infraestructura económica.

**ASPECTOS
ESPECIALES:**

(1) Los objetivos del programa, su diseño y ejecución, han sido especialmente adaptados a las circunstancias por las que atraviesa el Perú, señaladas en el capítulo I, marco de referencia del programa. En este marco se considera que la conceptualización que se ha hecho del programa es la única manera de darle una pronta respuesta a los problemas más relevantes del sector, empezando por los aspectos más esenciales: establecer las bases para la reforma y fortalecimiento del sector, iniciar parte de ese proceso, e introducir un componente de emergencia para mejorar el servicio en las zonas más pobres. En este sentido, el componente de Estudios Institucionales y de Preinversión juega un papel crítico como generador de acciones en áreas claves del sector; el Fortalecimiento Institucional inicia las acciones básicas para consolidar al MINSA como ente normativo a nivel sectorial y a los entes descentralizados en sus correspondientes ámbitos administrativos; en tanto que el Apoyo a la Red es un componente de emergencia para evitar el colapso total de los servicios de salud por parte de los establecimientos públicos de salud a la población de menores ingresos (Ver párrafos 1.31 - 1.34).

(2) Aunque se cuenta con suficiente información técnica para empezar a ejecutar el programa, la limitada disponibilidad de recursos frente a las necesidades existentes en las redes hace necesario introducir refinamientos en los parámetros numéricos para la asignación de equipos, principalmente a los hospitales. Se está proponiendo que estos afinamientos se realicen una vez iniciada la ejecución del programa y tomando como base el análisis de las cinco primero solicitudes provenientes de las redes cuyo examen lo realizarían conjuntamente el Banco y la Unidad Coordinadora del Programa (Ver párrafo 3.23).

(3) Se propone que el programa cuente desde su inicio con la asesoría de dos agencias internacionales para asesorar al ejecutor en la selección y supervisión de consultoría y en las licitaciones de equipos, medicamentos y otros insumos básicos. Esta propuesta se justifica en vista de la falta de capacidad instalada en el MINSA para enfrentar la multitud y complejidad de las labores en los campos referidos. Una de estas agencias es la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), asesoraría al MINSA en la selección y supervisión de las firmas consultoras y consultores individuales que se contratarían para el programa y sobre las especificaciones técnicas del equipamiento a ser adquirido. La otra agencia sería el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la que asesoraría al MINSA en el proceso de llamado a licitación internacional y selección de postores para adquisición de equipos, medicamentos y otros insumos. Asimismo, se está proponiendo que la OPS/OMS lleve a cabo uno de los estudios experimentales, el de desinfección de aguas y alimentos (Ver párrafos 3.25-3.31)

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Introducción

- 1.1 El marco en el que se ha formulado y se ejecutaría el programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud del Perú, se caracteriza, a nivel sectorial por un empeoramiento de las condiciones de salud de la población, particularmente la de menores ingresos, y un virtual colapso de los servicios de salud y, a nivel nacional por una crisis cuya severidad y duración es la más profunda y prolongada en la historia del país. Es una crisis global con manifestaciones de deterioro económico, financiero, político e institucional. La violencia introducida por el terrorismo acentúa la crisis y es a su vez una de sus expresiones más visibles. El gobierno viene desarrollando esfuerzos para superar esta situación y están en curso tres procesos distintos pero relacionados: el ajuste macroeconómico, la reforma del Estado y la regionalización.
- a. Los ajustes macroeconómicos se vienen llevando a cabo desde mediados de 1990. Estos han sido rápidos y profundos y comprenden primordialmente un drástico programa de estabilización económica que incluye un estricto control del gasto público y la reorganización de la administración tributaria; así como una serie de reformas en áreas claves del comercio y del sistema financiero tendientes a sentar las bases para un retorno al crecimiento económico.
 - b. Las transformaciones del aparato estatal se han acelerado en 1992 y tienen como propósito avanzar hacia un Estado más eficiente en sus funciones. Dichas transformaciones incluyen el redimensionamiento del sector público y la redefinición del papel del Estado en la economía en la que, en vez de productor de bienes y servicios, se fomentaría un marco favorable de políticas para acrecentar la participación del sector privado, incluyendo un proceso de privatización.
 - c. La racionalización del proceso de regionalización nacional tiene como propósito lograr la descentralización, en forma ordenada, de los servicios del gobierno central. Dicho proceso obedece a un mandato constitucional e implica la división del país en 12 regiones con autonomía política y administrativa.
- 1.2 El virtual colapso de los servicios de salud se explica en parte por el reflejo de la crisis nacional, pero también por problemas propios y crónicos al sector mismo, tales como: (i) la desarticulación entre los múltiples establecimientos que prestan los servicios; (ii) las debilidades de orden institucional a nivel central y regional, lo que impide ejercer las funciones que se les ha asignado en el contexto descentralizado; (iii) la carencia de equipos, insumos y medicamentos básicos a nivel de los establecimientos que prestan los servicios; y (iv) los problemas de orden financiero del país que restringen el gasto en el sector.

B. Política y estrategia del Gobierno en el sector salud

- 1.3 La política y estrategia del Gobierno está orientada a crear las bases para la construcción de un sistema nacional regionalizado e integrado de salud en el que participen las diferentes instituciones y establecimientos de salud, públicos y privados.
- 1.4 La experiencia de los últimos dos años en que el esquema de la regionalización ha estado en implantación, ha conducido al Gobierno a establecer, para el sector salud, una serie de mecanismos de reglamentación y coordinación que impongan ordenamiento al proceso. Dentro de este marco se ha dado prioridad a: (i) la definición del esquema institucional operativo, en especial a nivel regional sobre el cual recae la responsabilidad de la prestación de los servicios; (ii) la coordinación en la prestación de los servicios a todos los niveles; (iii) la restitución de la capacidad de prestación de servicios en los establecimientos de salud; y (iv) el restablecimiento del flujo de información a nivel nacional que posibilite un mejor proceso de planificación del sector con el objeto de focalizar mejor los recursos a favor de los grupos más necesitados.

C. Condiciones de salud de la población y problemas más resaltantes de los servicios prestados por el sector

1. Condiciones de salud

- 1.5 Los índices promedios de salud de la población (esperanza de vida al nacer de 63 años, tasa de mortalidad infantil de 69,3 por mil nacidos vivos y tasa de mortalidad materna 29,1 por diez mil nacidos vivos), no reflejan la verdadera situación a nivel de las poblaciones de menores recursos. Por ejemplo, en Huancavelica y Cuzco, que cuentan con mayor proporción de dicha población, uno entre cada ocho niños mueren antes de llegar a la edad de un año. En los últimos años, las elevadas tasas de enfermedades infecciosas reflejan el empobrecimiento de una proporción considerable de la población, combinado con el deterioro de la calidad y cantidad de los servicios de salud y saneamiento. La incidencia de la malaria se ha quintuplicado entre 1971 y 1989; la fiebre amarilla y el dengue se han hecho endémicas; se ha duplicado la prevalencia de la tuberculosis y se ha recrudecido la leishmaniasis.
- 1.6 La epidemia de cólera, enfermedad cuya incidencia no había sido registrada en el país en el presente siglo, ha afectado desde 1991 el perfil epidemiológico. La velocidad de avance de la epidemia y sus proporciones revelan la gravedad de la deficiencia en el suministro de agua y las malas condiciones en la higiene de los alimentos (un 65% de la población no cuentan con conexión domiciliaria de agua y donde existe, no ofrecen agua segura ya que los órganos de salud pública no hacen un control sistemático de su calidad; en el área rural aproximadamente el 95% de la población no tiene acceso a fuentes de agua seguras). Asimismo, el curso de la epidemia ha puesto de manifiesto las limitaciones en la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en las regiones afectadas.

2. Organización del sector salud

- 1.7 Los servicios de salud son prestados por entidades del sector público y del sector privado. El subsector público de salud está integrado por: (i) el Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados: Unidades Departamentales de Salud (UDES), y Unidades Territoriales de Salud (UTES), sus puestos, centros y hospitales, ubicados en Lima y Callao y centros especializados en investigación y docencia; (ii) las instituciones y establecimientos dependientes de los gobiernos regionales; (iii) el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que es un ente autónomo, cuya función es administrar los regímenes de prestaciones de salud, pensiones y prestaciones sociales, incluyendo la recaudación y administración de los recursos correspondientes y además provee servicios curativos y preventivos en sus propios establecimientos; (iv) los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, que brindan atención a su personal activo y cesante, así como a los habitantes de las zonas fronterizas y zonas declaradas de emergencia por la presencia del terrorismo; (v) los establecimientos de salud de empresas estatales, que prestan servicios a su personal; y (vi) los organismos públicos descentralizados, que tienen personería jurídica propia, cuentan con autonomía administrativa y conducen actividades de investigación, capacitación y desarrollo de tecnologías para prevención de enfermedades.
- 1.8 El subsector privado de salud está constituido por instituciones con fines de lucro y por organizaciones no-gubernamentales (ONGs) sin fines de lucro, que ofrecen servicios de tipo hospitalario en clínicas y consultorios y en lo equivalente a puestos y centros de salud. No se dispone de información centralizada sobre estos últimos pero su número es aparentemente marginal comparado con los de carácter público.
- 1.9 La participación de cada uno de los subsectores es la siguiente:

SUBSECTOR	HOSPITALES		CENTROS		PUESTOS	
	No.	% Camas	No.	%	No.	%
Público:	181	80,4	1.012	100,0	3.141	100,0
MINSA y Gob. Reg.	130	53,2	752	74,0	2.908	92,6
Seguridad Social	22	15,8	98	9,5	45	1,4
FFAA, Policía y Em.Estat.	14	8,8	74	7,3	72	2,3
Privado:	187	19,6	n/d	n/d	n/d	n/d
TOTAL	368	100,0	1.012	100,0	3.141	100,0

- 1.10 El ámbito de acción del programa propuesto es el subsector público y dentro de éste, los establecimientos bajo la responsabilidad del MINSA en Lima y Callao y bajo los gobiernos regionales.

3. Problemas más relevantes de la prestación del servicio

a. Desarticulación funcional de los establecimientos de salud

- 1.11 La falta de articulación entre las instituciones públicas y privadas, y entre las del IPSS, del MINSA y de las regiones constituye un serio problema que impide lograr una mayor eficiencia en la prestación del servicio. A nivel de los establecimientos públicos, aunque existe el concepto de "red" y se han definido sus interrelaciones funcionales, en la práctica es muy débil o casi nula la coordinación entre los mismos. Esto resulta en duplicaciones innecesarias de servicios y por lo tanto en una cobertura menor a la que su potencial les permite.

b. Recursos humanos

- 1.12 Las visitas y encuestas llevadas a cabo en cuatro áreas geográficas del país (Cajamarca, Loreto, Tumbes y Lima Norte), durante la preparación del proyecto, permitieron constatar la marcada deficiencia de recursos humanos capacitados, principalmente de personal administrativo, enfermeras de nivel superior y técnicos de laboratorio y radiología. Esta situación se explica por una drástica disminución del número de empleos públicos como resultado del redimensionamiento del Estado, por la severa reducción en la remuneración real a los empleos existentes y por un deficiente proceso de gestión y asignación del personal. La combinación de estos factores ha resultado en una pérdida de capacidad de gestión e inadecuada cobertura de cargos de dirección, habiendo afectado seriamente la ejecución de los servicios de salud.

c. Recursos físicos

- 1.13 Las encuestas señaladas anteriormente constataron igualmente las carencias críticas, en los establecimientos del MINSA y los regionales, de equipo básico en condiciones razonables (tales como balanzas, mesas de examen, estetoscopios, máquinas de anestesia, mesas de examen, electrocardiógrafos) y de medicamentos y otros insumos médicos, reduciéndolos a un estado casi inoperante. Existe capacidad no utilizada en los hospitales del sector público, lo que se debe a desajustes entre oferta y demanda, ocasionados por: (i) el sobredimensionamiento de algunos hospitales; y/o (ii) la subutilización debido a falta de equipamiento, su localización o insuficientes recursos financieros. El deterioro de la infraestructura física, la antigüedad de los equipos y la ausencia de programas de mantenimiento, agrava la situación.

d. Capacidad administrativa del MINSA y entes regionales

- 1.14 La abrupta implantación de la regionalización no ha dado tiempo para instrumentar sistemas administrativos en áreas críticas al sistema de salud en las regiones y los que existen en el MINSA presentan serios problemas:

- a. La supervisión y el monitoreo de las actividades carece de un sistema uniforme;
- b. La información contable y financiera que se produce en el MINSA es atrasada y de dudosa confiabilidad para la toma de decisiones ya que ha sido recabada por distintas dependencias, cada una con su propio sistema de recolección de información.
- c. El abastecimiento de insumos se lleva acabo sin un conocimiento integral del mercado, por lo que el planeamiento de suministros se realiza prescindiendo de información sólida sobre los productos, proveedores, fuentes, productos sustitutos, marcas, calidad y sistemas de mercadeo; existiendo además notables distorsiones en el proceso de almacenamiento.
- d. Para el caso del mantenimiento, no existe una definición clara de las funciones y niveles de atribución que deban asumir el nivel central, las regiones y las municipalidades, de tal manera que en la actualidad el MINSA continúa ejecutando servicios de mantenimiento y reparación, sin contar con una política que determine criterios claros para racionalizar la utilización de los recursos disponibles.
- e. La red nacional de comunicaciones a través de la cual se articulan actividades administrativas y asistenciales entre el MINSA y sus dependencias, gobiernos regionales, y establecimientos de salud, presenta una limitada cobertura y baja calidad, así como una excesiva tendencia al tratamiento de aspectos administrativos comparativamente con aquellos de carácter médico-asistencial. El equipamiento está concentrado en el MINSA, careciendo de mantenimiento, de normas y de personal mínimo capacitado para operarlos. Las restricciones son aun mayores en cuanto al transporte de personal y de pacientes.
- f. Otro problema grave ocurre con la disposición de los residuos de los establecimientos de salud, la que se realiza en botaderos a cielo abierto y sin control. Las causas son diversas, destacándose los sistemas deficientes de incineración, carencia de normas, metodologías y personal capacitado para el manejo y el tratamiento interno de los residuos; y carencia de una eficiente administración hospitalaria a nivel nacional.

e. Adaptación a la regionalización

- 1.15 El Perú vive, desde 1987, un proceso político de regionalización y descentralización de la gestión del Estado. A partir de la expedición de la Ley No. 23878 (Plan Nacional de Regionalización) el país ha entrado en un proceso encaminado a transferir poderes y recursos a doce regiones.
- 1.16 La implementación de la regionalización se establece mediante la promulgación de la Ley de Bases de la Regionalización (No. 24650, del 20 de Marzo de 1987) y de su Ley Modificadora (No. 24792 del 11

de febrero de 1988) que regulan tanto los procedimientos de creación de las regiones como sus funciones, estructura organizativa, competencias, y relaciones con todas las otras instituciones gubernamentales. En base al marco legal antes expuesto se han promulgado once leyes orgánicas de creación de regiones. El proyecto de ley de la Región Lima/Callao se encuentra pendiente de aprobación, mientras tanto, el gobierno central continúa a cargo de la prestación de servicios en esta área.

- 1.17 Los gobiernos regionales, como organismos políticos descentralizados, tienen la competencia para tomar decisiones de tipo normativo y ejecutivo en diversos campos tales como: salubridad, vivienda, educación, obras públicas, etc., correspondiendo a los respectivos ministerios el control y supervisión como entes rectores mediante un sistema nacional descentralizado y desconcentrado. En materia financiera, se prevé el monto de recursos a cargo de cada región, divididos en dos grandes bloques: (i) recursos de libre disposición que son de manejo autónomo por parte del Gobierno Regional y comprende, ingresos propios por ventas de servicios, ingresos generados por impuestos regionales, participación en renta de explotación de recursos naturales, donaciones; (ii) recursos transferidos que provienen de corporaciones de desarrollo, órganos desconcentrados de los ministerios y del presupuesto del sector público, incluyendo los fondos transferidos de endeudamiento externo y del Fondo de Compensación Regional, establecido con carácter redistributivo.
- 1.18 El MINSA funcionaba, antes de la regionalización, a través de órganos desconcentrados denominados Unidades Departamentales de Salud (UDES), subdivididas en Unidades Territoriales de Salud (UTES) las cuales tenían jurisdicción dentro de áreas geográficas delimitadas. Bajo este esquema, había una dependencia jerárquica de los establecimientos de salud, a nivel nacional, con respecto al MINSA. Esta dependencia continúa temporalmente en el área de Lima y Callao hasta tanto se promulgue la ley la defina como región.
- 1.19 En el esquema jurídico vigente de regionalización, los gobiernos regionales y el MINSA mantienen relaciones normativas, correspondiendo al MINSA la definición de la política así como la emisión de la normatividad sectorial. Al Gobierno Regional le corresponde ejecutar la política y adecuar las normas sectoriales correspondientes. A nivel de prestación de servicios, corresponde a las regiones la responsabilidad de los servicios de segundo y tercer nivel por lo que los hospitales dependen jerárquicamente de las Direcciones Regionales de Salud (DRS) y los centros y puestos de salud estarían bajo las municipalidades. La coordinación técnica, política y legal de las Direcciones Regionales de Salud con el Ministerio, se lleva a cabo a través del Comité Técnico de Coordinación Nacional, y la articulación del funcionamiento con los niveles primarios del servicio se realizaría en las denominadas Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS) que se estructurarían basadas en el concepto de "red".

- 1.20 Los municipios gozan, por mandato constitucional, de autonomía económica y administrativa y competencia en todo lo que concierne a la planificación del desarrollo en su ámbito geográfico y sobre la totalidad de los servicios públicos locales. Sin embargo, en lo que respecta a los servicios de salud, no se han emitido los lineamientos para hacer operativo este mandato, por lo que dichos servicios continúan bajo los gobiernos regionales o bajo el MINSA en el caso de Lima y Callao.
- 1.21 Las dificultades actuales provienen de que la puesta en marcha de la regionalización se dio sin un período de transición durante el cual las funciones operativas que se administraban totalmente a nivel central pudieran ser traspasadas adecuadamente. Muchos planes regionales, manejados centralmente, fueron interrumpidos abruptamente dejando a las instituciones receptoras de estas gestiones en completo desamparo, ejemplo de lo cual es el programa regional de mantenimiento, mediante el cual se habían establecido talleres regionales que hoy se encuentran cerrados y muchas de las instituciones recurren al MINSA para sus actividades de mantenimiento. Esta situación ha causado un problema de definición en las relaciones entre el MINSA y las Direcciones Regionales ya que mientras las relaciones generales de tipo normativo y regulador están definidas por ley, las relaciones transitorias de tipo operativo no lo están y, de hecho, es aquí donde se presentan los problemas más serios. El programa propuesto pretende apoyar el proceso de transición a la completa descentralización.

f. Financiamiento del sector

- 1.22 El nivel de gasto total en salud en el Perú está entre los más bajos de América Latina. El gasto total en salud del sector público fue entre US\$7 y US\$8 por habitante en 1991 (US dólares de 1986). Esta cifra incluye el gasto del gobierno central, del IPSS, de los servicios de salud militar y de la policía. Los servicios sin fines de lucro prestados por empresas, ONGs, establecimientos religiosos, y otros del sector privado, se estiman en US\$1 o US\$2 adicionales, por lo que el valor total de los servicios de salud fue aproximadamente de US\$8 a US\$10 por persona en 1991.
- 1.23 El nivel actual del gasto público en salud refleja una reducción drástica resultante de la crisis fiscal. Así, en 1987, el gasto combinado del Gobierno Central y del IPSS en salud, sumó US\$27 por habitante, nivel comparable al del año 1980 de US\$33. Si bien la mayor parte de esa reducción resulta de una caída en el valor real de las remuneraciones en el sector, también refleja una drástica reducción en la cantidad real de los materiales, de las medicinas, y del tiempo profesional que el sistema público de salud aporta a la población. El gasto privado en medicinas y servicios médicos fue estimado por la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1991 en US\$24 (la mitad del nivel registrado en 1985-86 según una encuesta similar). La suma del gasto público y privado en salud apenas alcanzó al 1,3% del PIB en 1991, cifra muy inferior al de otros países de la región y a los niveles de años anteriores en el Perú.

Como proporción del gasto total del Gobierno Central, al sector salud le ha correspondido, en la última década, entre el 5% y el 6% del presupuesto nacional.

D. Conclusiones del análisis del sector

1.24 Del análisis de la problemática del sector resaltan los siguientes aspectos fundamentales:

- a. La urgencia de definir una política de financiamiento de los servicios de salud coherente con la situación económica actual y las redefiniciones del papel del Estado.
- b. La necesidad de formular una política de recursos humanos de salud que responda a las necesidades del mercado y al nivel y ritmo del desarrollo científico, y que posibilite corregir la distribución y utilización de las diferentes categorías de recursos humanos y ajustar las políticas vigentes de personal, analizando en forma global las instituciones y los programas de formación y actualización de profesionales y técnicos.
- c. La focalización de programas de salud e inversiones en grupos de población de mayor riesgo y áreas geográficas críticas.
- d. El fortalecimiento institucional del MINSA cuya debilidad creciente le impide ejercer su papel normativo, lo que contribuye a aumentar la descoordinación dentro del sector.
- e. El fortalecimiento de los gobiernos regionales para conducir los programas de salud y administrar los establecimientos dentro del esquema descentralizado de la regionalización.
- f. El fortalecimiento de la capacidad de resolución de los establecimientos públicos de salud, especialmente aquellos localizados en áreas cuya población depende casi íntegramente del sector público para satisfacer sus necesidades de salud.

E. Estrategia del Banco en los sectores sociales

- 1.25 La estrategia operativa del Banco en Perú para 1993-94, señala como una de sus áreas prioritarias de acción el alivio a la pobreza y estímulo al progreso social. La prioridad para la inversión se dirige a programas que directamente mejoren las condiciones de vida de los grupos más pobres y atender las necesidades más urgentes en salud y nutrición, educación y saneamiento.
- 1.26 La experiencia más reciente del Banco en el sector está relacionada con el control de la epidemia del cólera, para lo cual se otorgó una cooperación técnica no-reembolsable por US\$ 1 millón, ejecutada por la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS).

F. Participación de otras entidades internacionales

- 1.27 El Banco Mundial está formulando un proyecto de salud y nutrición, concentrándose en programas específicos como por ejemplo, el materno-infantil, y prestaría apoyo directo a los establecimientos del sector en las áreas de mayor pobreza. Dicho proyecto se está coordinando con el programa propuesto, tanto a nivel del MINSA como de los respectivos equipos de proyectos del BID y Banco Mundial.
- 1.28 La USAID tiene en ejecución los siguientes programas: Acción para la Sobrevivencia Infantil por US\$19 millones, destinado a servicios de inmunizaciones, control de diarrea e infecciones respiratorias, planificación familiar y nutrición; Capacitación en Epidemiología de Campo; Expansión de los Servicios de Planificación Familiar en el Sector Privado, por US\$11,8 millones ejecutado por ONGs; Prevención y Educación para el Control del SIDA por US\$500.000 realizado a través de una ONG. Están en negociación dos donaciones para el sector privado: una por un monto de US\$5 millones, destinado a incrementar la provisión de métodos modernos de planificación familiar; la otra, por US\$15,33 millones, con el sector privado, para desarrollar experiencias de recuperación de costos y modalidades alternativas de financiamiento para la atención primaria.
- 1.29 El Equipo de Proyecto ha sostenido conversaciones sobre estos programas con la USAID a fin de iniciar las coordinaciones necesarias. Por ejemplo, con relación a los experimentos en el sector privado, los estudios de preinversión propuestos analizarían los resultados de los experimentos a ser realizados por la USAID con entidades del sector privado y añadirían otras modalidades y áreas geográficas que consideren la integración de instituciones públicas asistenciales y de provisión con participación del sector privado.
- 1.30 La OPS/OMS ha venido contribuyendo con recursos propios al fortalecimiento de programas específicos de salud tales como el de inmunizaciones, control de diarrea y de enfermedades transmisibles, atención materno-infantil integral, etc. Por solicitud del MINSA, administró recursos por unos US\$4 millones para emergencia social, gran parte destinados al control del cólera, así como de US\$500.000 del fondo de emergencia social y US\$4 millones de donaciones diversas.

G. Conceptualización del programa propuesto

- 1.31 Los objetivos del programa, su diseño y ejecución, han sido especialmente concebidos como la única manera de dar una pronta respuesta a la situación de virtual colapso que presenta el sector salud, en medio de la severa crisis económica y financiera y de las transformaciones institucionales que ocurren a nivel nacional. En este marco, es urgente y factible ejecutar un programa, que al mismo tiempo que establezca las bases para la reorganización y fortalecimiento del sector en el marco regionalizado, aumente la calidad y cantidad del servicio de salud a la población más pobre.

- 1.32 La operación ha sido concebida como una primera etapa de racionalización del sector. Se partiría con la realización de los estudios necesarios para el diagnóstico de las áreas más críticas del sector, tales como: (i) su estructuración y organización, incluyendo los sectores público y privado; (ii) el financiamiento de los servicios de salud; (iii) la problemática de los recursos humanos; y (iv) la situación de la infraestructura física y otros estudios indispensables para establecer las bases para una operación sectorial o híbrida. Al mismo tiempo, se iniciaría el fortalecimiento de los sistemas administrativos básicos del sector público de salud. Otras agencias, entre ellas la USAID, han manifestado gran interés en apoyar al cambio sectorial, y estarían esperando los resultados de los estudios para apoyar al Gobierno en este sentido. Mientras se realizan los estudios, se trataría de recuperar la capacidad de atención en las áreas geográficas más críticas desde el punto de vista de la salud, a través de apoyo a la gestión, capacitación y dotación de equipos en los establecimientos donde exista el personal, presupuesto operativo y espacio físico adecuado. Las etapas siguientes de los estudios de preinversión permitirían preparar proyectos de inversión física para rehabilitar la red de establecimientos en áreas seleccionadas.
- 1.33 Una de las consecuencias de la debilidad del marco institucional sectorial en el que se ha diseñado el programa, es la carencia de información confiable para establecer criterios numéricos para cuantificar la dotación de equipamiento a los hospitales así como la escasez de recursos financieros y humanos para recabarla oportunamente. La preparación del programa ha descansado en la información obtenida mediante encuestas realizadas en cuatro áreas geográficas del país para los propósitos del programa y en aproximaciones razonables basadas en la experiencia con listas estandarizadas de equipamiento en puestos y centros de salud. Ello permitió disponer de la información técnica suficiente para iniciar la ejecución del programa. Sin embargo, se requieren parámetros para evaluar las solicitudes de equipamiento dentro del componente Apoyo a la Red, para optimizar la asignación de equipos, aplicables especialmente al caso de los hospitales. A fin de introducir estos refinamientos, sin causar retrasos al inicio del programa, se está proponiendo derivar tal información de las cinco primeras solicitudes provenientes de las redes, las que serían evaluadas entre el Banco y la UCP según se explica en el capítulo III.
- 1.34 Se han introducido en el programa medidas para minimizar la vulnerabilidad de su ejecución frente a la debilidad institucional de los entes involucrados y la inestabilidad causada por los procesos de ajustes antes señalados. Entre estas medidas se encuentran la participación de dos agencias internacionales (OPS/OMS y PNUD) para asesorar al ejecutor en lo referente a la contratación y supervisión de consultorías requeridas por el programa y para la adquisición de los equipos, medicamentos y otros insumos; misión técnica para iniciar la ejecución; apoyo técnico del Banco en la evaluación de las primeras cinco solicitudes; evaluación intermedia para introducir los ajustes necesarios; y la integración de una comisión interinstitucional y otra receptora de equipamiento.

II. EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO

A. Objetivos

2.1 El programa tiene tres propósitos fundamentales:

- a. Empezar los estudios y acciones concretas que permitan sentar las bases para llevar a cabo programas de reformas sectoriales tomando en cuenta el papel de la seguridad social y de los otros entes que prestan servicios públicos y privados de salud.
- b. Fortalecer al Ministerio de Salud en su papel de ente normativo del sector, así como a las entidades descentralizadas en su carácter de coordinadoras y normativas en sus respectivos ámbitos de competencia.
- c. Crear las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de la atención pública de salud, en las áreas más deprimidas, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los establecimientos y la dotación de los equipos básicos para restablecer la capacidad de la entrega de las actividades prioritarias de salud.

- B. Descripción

- 2.2 Para lograr sus objetivos el programa comprendería tres componentes: Estudios Institucionales y de Preinversión, Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud (MINSA) y de las Direcciones Regionales de Salud, y Apoyo a la Red de Establecimientos. 1/
- 2.3 Los tres componentes del programa serían complementarios y estarían interrelacionados en forma tal que los Estudios Institucionales y de Preinversión jugarían un papel crítico como generador de acciones en áreas claves del sector; el Fortalecimiento Institucional iniciaría las acciones más importantes para consolidar al MINSA como ente normativo a nivel sectorial y a los entes regionales en sus correspondientes ámbitos administrativos; en tanto que el Apoyo a la Red sería un componente de emergencia para aumentar en forma rápida la cantidad y calidad del servicio de salud que brindan los establecimientos públicos en las áreas de mayor pobreza.

1/ Las redes son conjuntos de puestos, centros y hospitales, relacionados entre sí por criterios de derivación en función de su complejidad creciente y que brindan servicios en un área geográfica determinada. Las interrelaciones de funcionamiento entre los establecimientos de cada red se irían fortaleciendo con la ejecución del programa y se perfeccionarían sobre la base de los resultados de estudios institucionales y de preinversión.

1. Estudios Institucionales y de Preinversión (US\$12.3 millones)

2.4 El propósito de este componente sería el de realizar estudios que sirvan de base para: (i) llevar a cabo el ordenamiento del sector e introducir ajustes en las políticas sectoriales para definir una nueva estructura y organización del sector; (ii) crear las bases para una operación de reforma estructural del sector y (iii) preparar un programa de inversiones prioritarias de corto y mediano plazo.

2.5 Con el propósito de asegurar la vigencia y utilidad de los estudios en el marco cambiante de reformas nacionales que vive el país, se ha establecido que la ejecución de este componente se lleve a cabo en coordinación entre el MINSA y el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la comisión inter-institucional que sería creada para estos propósitos, (Ver Resolución) quienes a su vez consultarían con otros entes pertinentes del sector. Por la misma razón se establecería la aprobación del Banco en cada etapa de estudios para poder introducir los ajustes necesarios en los términos de referencia asegurando la utilidad de los estudios para los propósitos definidos en el programa (Recomendaciones).

a. Estudios de base para una reforma sectorial

(i) Estudios institucionales y generales del sector

2.6 Con este subcomponente se realizaría un análisis del sector salud que le permita al Gobierno:

- a. Definir una nueva estructura y organización del sector y fortalecer las áreas de planificación y coordinación intra-sectorial con miras a tornar efectivo un sistema de salud armónico y eficiente; y experimentar nuevas modalidades de coordinación entre los sectores público y privado para optimizar los recursos de la sociedad como un todo.
- b. Analizar los gastos en los servicios públicos y privados de atención a la salud, con miras a identificar, experimentar y evaluar la viabilidad de nuevas formas de financiamiento de servicios y de convenios entre las instituciones públicas de atención y de seguro social con aquellas del sector privado.
- c. Conocer los problemas relacionados a la formación, distribución y utilización de los recursos humanos de salud a nivel nacional y de las políticas de personal en las instituciones públicas del sector. Los resultados de los estudios permitirían racionalizar las políticas de recursos humanos y el diseño de nuevos esquemas de incentivos, los cuales posibilitarían reducir la cantidad del personal directo del MINSA y otros servicios públicos y mejorar los incentivos para retener el personal esencial con salarios razonables.

- d. Preparar políticas y programas de desarrollo de infraestructura, elaborar e implantar metodologías y sistemas de diagnóstico que permitan focalizar los recursos, programas e inversiones, sobre grupos poblacionales específicos (ej. los más carentes) y en áreas geográficas seleccionadas de acuerdo con criterios socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos.
- 2.7 Entre los principales resultados de estos estudios se destacan:
- (i) elementos para una matriz de reformas de políticas sectoriales;
 - (ii) definición de alternativas de financiamiento para el sector;
 - (iii) inventario de recursos físicos y mapa de servicios de salud;
 - (iv) mapas demográfico y epidemiológico; (v) estudios de necesidades, oferta y demanda de servicios; (vi) identificación de áreas geográficas prioritarias de inversiones; (vii) consolidación de la nueva estructura organizacional del MINSA; y (viii) identificación de programas para una mayor participación de la mujer en relación a la salud, enfermedad y nutrición.
- (ii) Estudios experimentales de integración con sector privado
- 2.8 En el contexto del apoyo a futuras reformas del sector, el objetivo de estos estudios sería generar datos empíricos sobre las posibilidades de coordinación entre el sector público de salud, previsión social y entidades privadas, para el funcionamiento integrado de los servicios de salud en zonas de población más vulnerables, mediante mecanismos de coordinación funcional, convenios de usos de recursos y otros, para aumentar la eficiencia de las redes de servicios de salud. Con este propósito se llevaría a cabo:
- a. Una evaluación de los casos actualmente existentes de participación de instituciones públicas y privadas en la gestión de establecimientos y en la entrega de servicios de salud, con miras a verificar la viabilidad de implantar las soluciones a nivel regional o nacional.
 - b. El diseño e implantación de nuevas modalidades de participación del sector privado en la gestión de establecimientos públicos, así como en la evaluación de alternativas de financiamiento de los servicios, incorporando la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de dichos servicios.
- 2.9 Los experimentos tendrían como objetivo comprobar las siguientes hipótesis: (i) es factible contratar o transferir al sector privado, total o parcialmente, actividades finales especializadas, como tomografía, ecografía; de apoyo técnico general, como laboratorio, radiología, farmacia, anatomía patológica; de apoyo general, como cocina, lavandería, esterilización, limpieza, y vigilancia; servicios administrativos, como contabilidad, estadística y personal; y (ii) es ventajoso entregar algunos establecimientos para que el sector privado los opere, dentro de marcos definidos de prestación de servicios preventivos seleccionados en carácter gratuito y con cobro de servicios curativos.

b. Estudios técnicos y de preinversión para preparar programas de inversión

(i) Estudios de prefactibilidad

- 2.10 En base a la información obtenida por los estudios generales anteriores y los datos empíricos resultantes de los experimentos de integración con el sector privado, los estudios de prefactibilidad permitirían analizar alternativas de combinación de recursos públicos y privados para lograr un mayor grado de resolución de los problemas de salud, en áreas geográficas prioritarias.
- 2.11 En las áreas geográficas seleccionadas como prioritarias para inversiones, se diseñarían redes funcionales de acuerdo con criterios demográficos, epidemiológico y facilidades de transporte, con el objeto de aumentar la capacidad de resolución local. Se trataría de expandir el concepto básico de redes de complejidad creciente, las cuales estaban reglamentadas en forma de UTES.

(ii) Estudios de factibilidad

- 2.12 Esta fase tendría por objeto demostrar que cada una de las soluciones alternativas de inversiones públicas y privadas, seleccionadas en base a los estudios de prefactibilidad, es viable desde el punto de vista institucional, financiero, técnico y socioeconómico. Los estudios de factibilidad incluirían como mínimo, los siguientes aspectos: (i) demostración de que la solución elegida es la de más bajo costo, incluyendo los de inversión, funcionamiento y mantenimiento; (ii) demostración de que la solución escogida es legalmente viable y que las instituciones involucradas (gobierno regional, subregional, municipal, sector privado, seguro social) estarían de acuerdo en participar con roles definidos; (iii) comprobación de que existen los recursos humanos y financieros para llevarla a cabo; (iv) impacto sobre la población de bajos ingresos; (v) evaluación del impacto del proyecto sobre la mujer; y (vi) evaluación del impacto ambiental del proyecto.

(iii) Elaboración de diseños

- 2.13 El programa incluiría la elaboración de los diseños necesarios para determinar el plan general de funcionamiento del establecimiento y sus relaciones internas y con la comunidad, los esquemas funcionales de las unidades de trabajo, las tecnologías, los recursos humanos necesarios, la ubicación de los grandes equipos y los costos de ingeniería y construcción. Incluiría: (i) programación médico-funcional de acuerdo con los roles específicos y las demandas estimadas para cada establecimiento a ser incluido en un programa de inversión; (ii) programación médico-arquitectónica de espacios y superficies de acuerdo con la programación médico-funcional, los equipos, el personal y la cantidad y tipo de pacientes esperados en cada recinto; (iii) diseños esquemáticos para cada centro funcional; (iv) anteproyectos arquitectónicos incorporando en el diseño de cualquier obra física, medidas antisísmicas cuando

se trate de áreas geográficas propensas a estos fenómenos; y (v) cálculo de los costos preliminares de las inversiones.

(iv) Experimento de desinfección de aguas y alimentos

- 2.14 Este estudio, que se llevaría a cabo en varias comunidades, tendría por objeto confirmar la factibilidad de soluciones sencillas para el abastecimiento y almacenamiento doméstico seguro de agua potable en zonas pobres, a través de generación de oxidantes, en las comunidades urbanas marginales y rurales, utilizando tecnología simple, cuya eficiencia y efectividad se ha comprobado en experimentos de más reducida escala en laboratorios, pequeñas comunidades y bases militares. De ser confiable el manejo de la tecnología por organizaciones comunitarias, se lograría un fuerte impacto en la reducción de las enfermedades entéricas, por la interrupción de la cadena infecciosa vía aguas y alimentos.
- 2.15 Los estudios experimentales tratarían de comprobar que: (i) es factible producir en el punto de uso y a bajo costo, una mezcla de desinfectantes por electrólisis del cloruro de sodio que mejore el sabor, olor y color del agua, tornándola más aceptable que la obtenida por métodos de cloración; (ii) el uso de recipientes de agua de diseño especial pueden prevenir la contaminación del agua desinfectada y de esta forma reducir significativamente los brotes de cólera y otras enfermedades de transmisión fecal-hídrica; (iii) la desinfección y almacenamiento del agua en recipientes domésticos es una solución económica, aceptable, práctica y sostenible, con resultados epidemiológicos inmediatos; y (iv) es factible la organización de cooperativas comunitarias para la producción y distribución de mezcla de oxidantes para uso doméstico.

2. Fortalecimiento Institucional (US\$11.1 millones)

- 2.16 Para lograr un mejor funcionamiento del sector, además de los cambios en las políticas, es necesario fortalecer las funciones normativas del MINSA y rediseñar los subsistemas administrativos críticos y transferirlos a los entes descentralizados del sector y a los establecimientos de salud.
- 2.17 Con el propósito anteriormente señalado, el componente de Fortalecimiento Institucional comprendería el diseño e implantación de siete sistemas técnico-administrativos que fortalecerían áreas identificadas como críticas debido a que, por la implementación abrupta de la regionalización, estos sistemas, que se encontraban centralizados, no fueron transferidos adecuadamente, sino que más bien se vieron afectados negativamente con la descentralización desordenada. Los sistemas son los de supervisión y monitoreo, aprovisionamiento de insumos críticos, mantenimiento, comunicaciones, manejo de residuos hospitalarios, información y formación de recursos humanos.
- 2.18 En vista de que el MINSA, para poder ejercer su rol de ente normativo necesita desarrollar normas y políticas, especialmente en

las siete áreas señaladas, éstos se desarrollarían e implementarían inicialmente en dicho ministerio y, a medida que se vayan desarrollando, se implantarían en las Sub-direcciones Regionales de Salud. Asimismo, algunos de los sistemas, o partes de éstos, se adaptarían e implantarían en los hospitales donde se requieran. El componente permitiría, tanto el establecimiento de los sistemas como de las pautas normativas correspondientes.

a. Sistema de supervisión y monitoreo

- 2.19 Este sistema tendría como propósito asegurar que el conjunto de actividades de salud entregadas por las instituciones del sector sean desarrollados con efectividad y eficiencia en todos los niveles de atención. El sistema incluiría las actividades relacionadas, entre otras, con: las tendencias de indicadores de salud; el manejo de brotes epidémicos; los programas prioritarios de salud; las instituciones y establecimientos públicos o privados; la práctica profesional en el área de salud; la producción, comercialización y uso de alimentos, drogas y medicamentos; la investigación y la docencia; y el seguro de salud. Con recursos del programa se desarrollarían las siguientes actividades: (i) diagnóstico de las actividades de supervisión, monitoreo y control epidemiológico y sanitario; (ii) preparación de políticas, normas y procedimientos de supervisión y control; (iii) fortalecimiento de los organismos centrales y regionales de vigilancia epidemiológica y sanitaria.

b. Sistema de aprovisionamiento de insumos críticos

- 2.20 El objetivo de este sistema sería ofrecer información oportuna a las instituciones y establecimientos de salud sobre la adquisición, distribución, utilización y control de medicamentos y otros insumos básicos. Las acciones a ser realizadas consistirían en: (i) el diseño de un sistema computarizado de información, adecuado a la toma de decisiones técnicas y administrativas en el ámbito de la competencia del MINSA y la transferencia progresiva del conocimiento técnico a las regiones para que puedan apoyar sus propios procesos de compras; (ii) la adecuación de las normas y procedimientos relativos al abastecimiento de insumos según la programación de bienes y servicios, adquisiciones, almacenamiento, distribución, disposición final y control patrimonial; (iii) la reestructuración de la organización, funciones y atribuciones de las oficinas de abastecimiento a nivel del MINSA y los lineamientos básicos de un modelo para las regiones y los municipios; (iv) la elaboración de un plan de desarrollo y capacitación de recursos humanos, por niveles ocupacionales y su ejecución en el nivel central; y (v) el diseño, prueba, puesta en marcha e implantación de sistemas organizados de logística a nivel nacional.

c. Sistema de mantenimiento

- 2.21 El propósito sería ofrecer información y asesoría técnica a las instituciones y establecimientos de salud sobre políticas, normas, procedimientos, recursos y firmas de mantenimiento de equipos y

edificios de salud. Con tal fin se elaboraría: (i) un diagnóstico del mantenimiento a nivel nacional, incluyendo el estado funcional de los equipos de mantenimiento de la red para permitir su transferencia a aquellos lugares que demanden el servicio; (ii) un plan operativo y un reglamento de organización, funciones y responsabilidades del sistema de mantenimiento en sus diferentes niveles, en concertación con los gobiernos regionales; (iii) una guía de normas e instructivos técnicos para operar el sistema de mantenimiento en sus diferentes niveles, en coordinación con los gobiernos regionales; (iv) un plan de capacitación en mantenimiento para uso de las regiones y establecimientos de salud y se iniciaría su implementación. También se implantaría el Centro de Documentación Técnica y de Información en Mantenimiento, con datos sobre las empresas oferentes de servicios de mantenimiento, así como el inventario de equipos existentes; y se definiría la organización de centros técnicos regionales de mantenimiento.

d. Sistema de comunicaciones

- 2.22 Su objetivo sería el de integrar los medios de comunicación entre las instituciones y establecimientos públicos de salud a través de una red de radio y telecomunicación que permita el flujo rápido, oportuno y confidencial de datos e información en salud. Con este fin se haría: (i) un análisis de la situación y recomendaciones sobre las medidas de fortalecimiento necesarias; (ii) preparación de planes regionales para su integración horizontal y vertical; y (iii) supervisión y asistencia técnica a las regiones en la etapa de implantación.

e. Sistema de manejo de residuos hospitalarios

- 2.23 El propósito de este sistema sería el de reducir o controlar los riesgos sanitarios ocupacionales, comunitarios y ambientales asociados al manejo de sustancias potencialmente peligrosas, residuos sólidos y desechos líquidos de los establecimientos hospitalarios. Para alcanzar este fin se elaboraría: (i) un diagnóstico del manejo de dichos residuos y metodologías para el manejo interno y el tratamiento de dichos residuos; (ii) métodos modernos para el transporte, procesamiento externo y disposición final de los residuos; (iii) reglamentación que contemple los niveles de riesgo en las personas y en el medio ambiente; (iv) capacitación de profesionales y técnicos a nivel nacional, regional y local; (v) preparación de estudios de alternativas, diseño e implantación de medidas y sistemas de disposición final de los residuos hospitalarios, de puestos y centros de salud y capacitación del personal existente; y (vi) seminarios de difusión.

f. Sistema de información de salud

- 2.24 Su objetivo sería integrar la información sobre los programas, instituciones y establecimientos de salud con miras a asegurar la disponibilidad de datos e información para la toma de decisiones, adecuados a los distintos usuarios. Para ello se realizaría: (i)

un diagnóstico de la situación y estudios de alternativas; (ii) elaboración e implantación de un sistema mixto (manual y automatizado) de datos para monitoreo y toma de decisiones políticas, administrativas y técnicas; (iii) capacitación de personal técnico y usuarios; (iv) determinación de necesidades de infraestructura el procesamiento de datos; y (v) elaboración de un sistema de información estandarizado y normado.

g. Sistema de recursos humanos en salud

- 2.25 Tendría por objeto establecer políticas y normas para racionalizar la formación y la utilización del personal de salud. Se financiarían actividades para el fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública del MINSA y de organismos regionales, incluyendo: (i) el diseño e implantación de un sistema de información sobre la formación, capacitación y utilización de recursos profesionales, técnicos intermediarios y auxiliares del sector salud; (ii) la capacitación de profesionales en metodologías de análisis ocupacional y enseñanza; y (iii) la preparación de una política de recursos humanos y plan de carrera para la función pública.

3. Apoyo a la Red (US\$57.5 millones)

- 2.26 El Apoyo a la Red consistiría en el financiamiento de proyectos a través de un Fondo de Inversiones en Salud (Fondo), para el fortalecimiento de puestos y centros de salud y hospitales generales del MINSA y de las regiones, agrupados en redes de establecimientos y localizados en áreas prioritarias. Dicho fortalecimiento se haría a través de la provisión de equipos básicos, medicamentos y otros insumos, fortalecimiento de gestión y capacitación. En las redes elegibles se realizarían actividades de asistencia técnica para la preparación de las solicitudes. El resultado esperado con la ejecución de este componente sería un aumento inmediato en cantidad y calidad en la atención preventiva y curativa básica en dichas áreas prioritarias. No se incluyen inversiones en rehabilitación física, puesto que se desconoce la conformación óptima de las redes.

a. Equipamiento básico, medicamentos y otros insumos

- 2.27 El tipo de equipo que el programa proveería, variaría de acuerdo a la complejidad de los diversos establecimientos, según se señala en los incisos siguientes, y sería principalmente de reemplazo. Una condición común es que los equipos no requieran instalaciones o construcciones especiales para su utilización y puedan ser fácilmente trasladados de un establecimiento a otro.
- a. A los puestos de salud y los centros de salud sin camas, se les dotaría del equipo necesario para alcanzar la capacidad operativa en función de la demanda, en las actividades de su competencia. Son ejemplo de dicho equipo: estetoscopios, esfigmomanómetro, balanza antropométrica, instrumental de curaciones, refrigerador, muebles y archivos.

- b. A los centros de salud de mayor complejidad, (con camas, servicios de emergencia y servicios técnicos de apoyo, diagnóstico o terapéutico) se les dotaría de equipo y medios de diagnóstico por imagen, esterilización y laboratorio, para que, además de mejorar su capacidad operativa, sirvan como centros de referencia. Se dotaría de equipamiento a los servicios de primeros auxilios, consultas externas, laboratorio básico, hospitalización para las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia), salas de partos y camas para observación y estabilización de pacientes.
- c. A los hospitales generales se les dotaría, en los centros indicados, de equipo básico tales como: (i) centro quirúrgico: mesas quirúrgica y auxiliares, lámparas, aparatos de anestesiología, instrumental quirúrgico, y material de enfermería y administración; (ii) cuidados intensivos: monitores de señales vitales, resucitadores y equipo de enfermería; (iii) centros de obstetricia y de neonatología: mesa obstétrica, instrumental quirúrgico y obstétrico, incubadoras y cunas, máquinas de anestesia; (iv) servicios de emergencia: resucitador, electrocardiógrafo, y material quirúrgico; (v) servicio de consulta externa: muebles, balanzas antropométricas, mesas de examen, estetoscopios, esfigmomanómetros y otros; (vi) unidades de hospitalización: camas, camillas, sillas de ruedas; (vii) centros de radiología: aparatos de rayos X, procesadores de películas o equipos para cámara oscura, ecógrafos, negatoscopios, fluoroscopios e instrumental de radiología básica; (viii) laboratorio: instrumentos para examen parasitológico, hematológico, bioquímico y otros básicos; y (ix) centros de esterilización: autoclaves, hornos para esterilización a seco, mesas de trabajo, cilindros de esterilización, y otros. Adicionalmente, se otorgaría equipos de atención a enfermos hospitalizados, administración, equipo de tele o radiocomunicación y dotación de puestos de enfermería y se haría una dotación selectiva, de ambulancias u otro medio de transporte y sistemas de comunicación, a fin de interconectar a los integrantes de la red de establecimientos.

2.28 Con relación al rubro de medicamentos y otros insumos, el programa contemplaría una dotación inicial básica incremental, necesaria para la puesta en marcha de los equipos reemplazados en las redes de establecimientos beneficiadas por el programa.

b. Apoyo a la gestión de los establecimientos

2.29 El apoyo a la gestión consistiría en diseñar y llevar a cabo sistemas sencillos de manejo gerencial, a fin de fortalecer la capacidad administrativa básica e instituir la articulación funcional con los otros establecimientos de la red, garantizar la disponibilidad de recursos críticos e identificar formas en que la comunidad pueda participar en la gestión. En este subcomponente se aprovecharían los sistemas desarrollados como parte del componente de Fortalecimiento Institucional.

c. Capacitación

- 2.30 Este subcomponente estaría dirigido a mejorar el nivel de calificación y conocimiento de profesionales y técnicos a nivel local con el propósito de lograr el eficiente funcionamiento de la red de establecimientos en cada unidad espacial y fortalecer a cada establecimiento que la conforma. Incluiría actividades de capacitación en las áreas técnicas, administrativas y de servicios de apoyo.

C. Dimensionamiento

- 2.31 El dimensionamiento del componente de Fortalecimiento Institucional se llevó a cabo tomando en cuenta todas las actividades identificadas en cada uno de los siete sistemas a ser desarrollados y los recursos necesarios para hacerlo. El dimensionamiento de los Estudios Institucionales y de Preinversión, se realizó sobre la base de los estudios y los experimentos identificados en este componente y de los recursos requeridos para llevarlos a cabo.
- 2.32 El dimensionamiento del componente Apoyo a la Red se hizo a partir de un análisis de redes existentes en el país, identificándose 76 redes de establecimientos cuyas características se constataron a partir del análisis de una encuesta realizada en cuatro zonas representativas del país: Tumbes, Cajamarca, Loreto y Lima Norte. El concepto de red utilizado define la existencia de un hospital de cabecera al que referencian los centros y puestos de salud.
- 2.33 La situación actual del equipamiento en las redes es casi de colapso a nivel nacional por lo que la tendencia inicial sería de tratar de dotar de equipo básico a la totalidad de las mismas con un costo estimado de US\$175 millones. Teniendo en consideración las implicaciones financieras, se procedió a acotar este tamaño según dos criterios: (i) nivel de deterioro de los indicadores de salud; y (ii) áreas postergadas y de bajo nivel socio económico. Con estos criterios se identificaron 46 redes potenciales con un costo estimado de US\$110 millones. Sin embargo, las debilidades en los recursos humanos, tanto del MINSA como en las regiones, llevó a proponer una alternativa más conservadora basada en el tiempo que demandaría la preparación, aprobación y ejecución de las redes a ejecutar, concluyéndose que sería factible ejecutar solamente la mitad de las redes prioritarias. De este modo el dimensionamiento propuesto para el componente Apoyo a la Red es de 23 redes con un costo estimado de US\$57,5 millones, lo que permitiría cubrir unos 1.034 puestos de salud (33% de los puestos existentes), 218 centros de salud (21%) y 38 hospitales (10%).

D. Costo y financiamiento del programa

1. Costos por categorías globales de inversión

- 2.34 El programa tendría un costo que asciende a US\$98,0 millones, distribuido en las categorías de inversión que se muestran en el cuadro siguiente (ver Anexo I-2, Desglose de Costos Directos):

CUADRO DE COSTOS TOTALES EN MILES DE US\$ FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PERU					
Categorías	BID	CO-FIN.	LOCAL	TOTAL	% Total
1. Administración	700	0	1.000	1.700	1,7%
2. Costos Directos	55.177	20.000	5.700	80.877	82,5%
2.1 Proyectos	37.500	20.000	0	57.500	58,7%
2.2 Fortalecimiento Inst.	6.100	0	5.000	11.100	11,3%
2.2.1 Consultorías	4.600	0	5.000	9.600	9,8%
2.2.2 Equipo	1.500	0	0	1.500	1,5%
2.3 Preinversión	11.577	0	700	12.277	12,5%
3. Costos Concurrentes	1.629	0	680	2.309	2,4%
3.1 Agencias Internacion.	1.629	0	0	1.629	1,7%
3.2 Personal Incremental	0	0	186	186	0,2%
3.3 Suministros	0	0	396	396	0,4%
3.4 Mantenimiento	0	0	98	98	0,1%
4. Sin Asignación Especifica	305	0	199	504	0,5%
4.1 Imprevistos	305	0	199	504	0,5%
5. Costos Financieros	10.189	0	2.421	12.610	12,9%
5.1 Intereses	9509	0	1.426	10.935	11,2%
5.2 Comisión de Crédito	0	0	895	895	1,0%
5.3 F.I.V.	680	0	0	680	0,7%
TOTAL	88.000	20.000	10.000	98.000	100,0%
% Fondo/Proyecto	70%	20%	10%	100%	

2. Descripción de las categorías de inversión

a. Administración (1.7%)

- 2.35 Comprende los gastos de administración del programa, por medio de la Unidad Coordinadora tanto para la dirección del programa, a nivel nacional, como para apoyar a las instituciones participantes. Los costos, incluyendo salarios y honorarios, fueron establecidos basados en los niveles prevalecientes en el país para técnicos nacionales.

b. Costos directos (82.5%)

- 2.36 El rubro Proyectos (58,7%) corresponde a los recursos que han sido destinados al Fondo de Inversión en Salud y la suma fue estimada partiendo de las necesidades identificadas en las instituciones comprendidas en las cuatro redes encuestadas. Los costos fueron establecidos partiendo del dimensionamiento establecido para el

Componente de Apoyo a la Red. No se estimaron costos recurrentes para este Componente, ya que por su naturaleza de "programa global", estos serían establecidos en cada una de las solicitudes presentadas al Fondo.

- 2.37 El rubro de Preinversión (12,5%) incluye las consultorías para el desarrollo de los estudios de preinversión. Los costos, mayormente de firmas consultoras, se han estimado sobre la base de tarifas prevalecientes, tanto a nivel nacional como internacional.
- 2.38 El rubro de Fortalecimiento institucional (11,3%) comprende las inversiones que se harían, tanto en consultorías (9,8%) como en equipos (1,5%) para desarrollar e implementar los siete sistemas planteados. Sus costos se estimaron en base a las actividades contempladas para cada sistema y de acuerdo a tarifas de consultoría prevalecientes, tanto nacionales como internacionales.

c. Costos concurrentes (2.4%)

- 2.39 Los costos concurrentes corresponden: (i) al costo estimado de la participación de las agencias internacionales y está compuesto por los costos de la asesoría por parte de la OPS/OMS basados en tarifas de honorarios de consultores internacionales, así como el 13% de sobrecargo (overhead) para la OPS/OMS; y por los costos de la gestión en adquisiciones por parte del PNUD estimados en un 2% sobre el valor de las compras de equipo; (ii) a los costos de operación incrementales que el componente de Fortalecimiento Institucional generaría. El personal incremental se refiere básicamente a técnicos en las áreas de fortalecimiento institucional que sería necesario incorporar a medida que las unidades de cada entidad participante vaya siendo dotada de los sistemas que se vayan desarrollando, asimismo, incluye el personal técnico adicional que el sistema de informática del MINSA requeriría una vez este totalmente instalado. También incluyen los gastos por suministros (diskettes, papel, cintas de impresora, etc.) que los nuevos sistemas y procedimientos, especialmente los automatizados, requerirían. Se ha estimado también los gastos de mantenimiento que serían necesarios para conservar apropiadamente el equipo a adquirir con los recursos del programa.

d. Sin asignación específica (0.5%)

- 2.40 Corresponden a imprevistos del componente de Fortalecimiento Institucional únicamente ya que para el rubro de Proyectos, tanto los imprevistos como el escalamiento de costos, por ser global se han incluido en el total.

e. Costos financieros (12.9%)

- 2.41 Corresponden a intereses, comisión de crédito y fondo de inspección y vigilancia. Fueron estimados para los cuatro años del período de ejecución y de acuerdo a las condiciones que se establecerían para el préstamo del Banco.

E. Financiamiento

1. Financiamiento del Banco

2.42 El financiamiento del Banco ascendería a la suma de US\$68 millones en divisas del Capital Ordinario. Este monto representaría el 70% del costo total del programa, lo cual es consistente con los límites dispuestos en el documento AB-1378 para financiamiento de proyectos en los países del Grupo B, (60%) y hasta 10% adicional (también permitidos por dicho documento) en razón de que más del 50% de los beneficiarios del programa serían de bajos ingresos.

2.43 Las condiciones del financiamiento serían las siguientes:

Plazo de amortización:	25 años
Período de desembolso:	4 años
Tipo de interés:	variable
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,75%

2. Contrapartida local

2.44 El monto total de la contrapartida del programa ascendería a la suma de US\$30 millones. En vista de la situación económica y financiera del país, particularmente de su situación fiscal que, si bien ha mejorado considerablemente en estos dos años, sigue siendo precaria, el Gobierno obtendría recursos de cofinanciamiento por US\$20 millones, para lo cual está entablando conversaciones con el gobierno japonés para obtener un préstamo en condiciones blandas del Fondo de Cooperación Económica de Ultramar (OECF). Adicionalmente, la Corporación Andina de Fomento (CAF) y el Gobierno español han manifestado su interés en cofinanciar el programa. El país aportaría de su presupuesto la suma de US\$10 millones, lo que se estima pueda ser atendido oportunamente y sin dificultades.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Aspectos generales de la ejecución del programa

1. Marco general

- 3.1 El prestatario sería la República de Perú. El Organismo Ejecutor sería el Ministerio de Salud (MINSA), quien implementaría todas las actividades del programa por medio de las unidades técnicas existentes en el MINSA y de una Unidad Coordinadora del programa (UCP) creada para tales efectos y ubicada en dicho Ministerio.
- 3.2 El Prestatario trasladaría los recursos del financiamiento a una cuenta especial que éste establecería para los propósitos del programa (Ver Resolución).

2. Coordinación del programa

- 3.3 La responsabilidad por la ejecución de los subcomponentes del programa recaería, dentro del MINSA, en las unidades siguientes:

COMPONENTE/SUBCOMPONENTE	UNIDAD RESPONSABLE EN EL MINSA
1. Estudios Instituc. y de Preinversión	Oficina General de Planificación
2. Fortalecimiento Institucional	
Supervisión y Monitoreo	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
Aprovisionamiento de Insumos	Oficina de Logística
Mantenimiento	Dirección de Rehabilitación y Conservación de Equipos
Comunicaciones	Subdirección de Comunicaciones
Manejo de Residuos Hospitalarios	Dirección General de Salud Ambiental
Información	Dirección de Informática
Recursos Humanos	Escuela de Salud Pública
3. Apoyo a la Red de Establecimientos	DGSP

- 3.4 La UCP estaría encargada de coordinar, con las instituciones participantes, la adecuada ejecución de las actividades programadas. Asimismo, la UCP también sería responsable por la parte operativa del Fondo de Inversión en Salud (Fondo) del Componente de Apoyo a la Red.
- 3.5 La UCP estaría dirigida por un Director que asumiría responsabilidad por la ejecución y control del programa y dependería jerárquicamente del MINSA. El Director contaría con el apoyo de dos subdirectores, uno a cargo de los aspectos administrativos y el otro de los aspectos técnicos. Del Subdirector de Asuntos Administrativos dependerían seis personas que incluirían un especialista

en licitaciones y adquisiciones, y otro a cargo de la contabilidad del programa; un asistente a cargo de los Informes y Reportes y del archivo general del programa y tres personas de apoyo administrativo. El Subdirector de Aspectos Técnicos tendría a su cargo cuatro especialistas cuyas responsabilidades serían las de evaluar las solicitudes de financiamiento presentadas al Fondo, así como de brindar asistencia técnica a los solicitantes. Los especialistas serían en equipo médico, informática, gestión administrativa y capacitación. (Ver Anexo II-3, Esquema de Organización de la UCP y Presupuesto Operativo).

- 3.6 Las funciones de la UCP serían: (i) coordinar las actividades del programa a fin de asegurar la implementación integrada de las mismas; (ii) asesorar a las unidades técnicas del MINSA, regiones, municipios y establecimientos, en la formulación de las solicitudes a ser presentadas al Fondo, para lo cual contaría con recursos para la contratación de consultoría necesaria; (iii) coordinar la adquisición de equipos; (iv) llevar los registros financiero-contables del programa, preparar las solicitudes de reembolso y elaborar los informes a ser acordados con el Banco; y (v) preparar las evaluaciones de las solicitudes presentados al Fondo por las redes.
- 3.7 La coordinación externa se haría por medio de una Comisión de Coordinación Inter-institucional, que incluiría representantes del MINSA y del Ministerio de Economía y Finanzas, y cuya función sería la de garantizar que los estudios institucionales y de preinversión: (a) sirvan efectivamente para la toma de decisiones sobre reformas institucionales y de políticas sectoriales; y (b) sean compatibles con los ajustes y reformas institucionales y de políticas que se realicen a nivel nacional. (Ver Resolución)
- 3.8 La coordinación interna se realizaría a través de un comité compuesto por el director de la UCP, el especialista administrativo, los especialistas técnicos y, según el caso bajo análisis, por el responsable de un componente, subcomponente o actividad específica. Este comité serviría de enlace funcional encargado de reunir y compatibilizar los recursos del programa.
- 3.9 El establecimiento de la UCP, incluyendo la contratación del Director, los Subdirectores y otro personal esencial para iniciar operaciones, y la integración y términos de referencia definitivos de la Comisión de Coordinación Inter-institucional, se realizarían previo al primer desembolso del préstamo del Banco. (Ver Resolución).

B. Ejecución de los componentes del programa

- 3.10 Con el propósito de asegurar un inicio oportuno del programa, una vez que el préstamo del Banco sea declarado elegible para desembolso, el Banco realizaría en un plazo no mayor de tres meses, con la participación del Equipo del Proyecto, una misión técnica para llevar a cabo actividades relacionadas con la puesta en marcha del programa, en todos sus aspectos técnicos, metodológicos y

financieros, conjuntamente con los responsables de ejecutar el mismo en el MINSA. (Ver Apéndice III del Contrato).

1. Estudios Institucionales y de Preinversión

- 3.11 La ejecución de este componente lo llevaría a cabo la Oficina General de Planificación del MINSA, mediante la contratación de tres firmas consultoras para desarrollar, respectivamente, los estudios básicos, el catastro de los recursos físicos del sector y los estudios de prefactibilidad, factibilidad y diseños. Su ejecución sería estrechamente coordinada con el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Comisión Inter-institucional señalada previamente. La contratación de los servicios de consultoría para preparar los estudios generales del sector, el inventario de recursos físicos, el experimento de integración con el sector privado y el experimento de desinfección de aguas y alimentos, se contratarían dentro de los nueve meses contados a partir de la fecha del contrato de préstamo y según términos de referencia acordados con el Banco. (Ver Recomendaciones).
- 3.12 El estudio experimental de integración sectorial y participación del sector privado sería ejecutado por la UCP, a través de convenios establecidos entre el MINSA, el IPSS y organizaciones privadas, tanto comunitarias como de gremios profesionales.
- 3.13 El estudio experimental para la desinfección de aguas y alimentos sería ejecutado por la OPS/OMS a través de su Representación y del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS), con sede en Lima con la activa participación de los respectivos órganos técnicos del Ministerio de Salud. La OPS/OMS sería responsable de identificar y estimular a organizaciones comunitarias para transferirles la tecnología de producción, entrega y utilización de los métodos de desinfección que resulten viables.
- 3.14 Con el propósito de mantener un monitoreo efectivo y asegurar la utilidad de cada uno de los estudios que se vayan produciendo, el Banco aprobaría el contenido de cada etapa (general, prefactibilidad, factibilidad o diseño) para cada una de las áreas a ser estudiadas. Por lo tanto, terminado cada estudio institucional o general o experimento de integración, se contratarían consultores independientes para elaborar la síntesis, en base a la cual el Gobierno y el Banco decidirían sobre los elementos a ser incluidos en los estudios de prefactibilidad de ser necesarios, y se ajustarían los términos de referencia correspondientes. Terminados los estudios de prefactibilidad, se ajustarían los términos de referencia para la contratación de los estudios de factibilidad y diseños, los cuales tomarían en cuenta los resultados de las etapas anteriores y de los experimentos de integración con el sector privado, así como estudios realizados con financiamientos de otras agencias. Dichas revisiones se harían en coordinación con la UCP y la Comisión Interinstitucional. (Ver Recomendaciones).

2. Fortalecimiento Institucional

- 3.15 La ejecución de este componente sería realizada mediante el uso de firmas consultoras que trabajarían en coordinación con las dependencias del MINSA. Una de las firmas desarrollaría el sistema de Residuos Hospitalarios ya que se requiere una especialización diferente. El financiamiento para su implantación en los hospitales se haría a través del componente de Apoyo a la Red. Los seis sistemas restantes serían desarrollados por una firma consultora que seguiría en general un proceso mediante el cual en los primeros doce meses se evaluarían los diagnósticos correspondientes, procediendo luego, y por espacio de aproximadamente 15 meses, al diseño de los sistemas, normas y manuales. Después de esta etapa se procedería a la capacitación e implementación de los sistemas tanto en el MINSA como en las Direcciones Regionales. La forma de integrar estos sistemas en el nivel regional sería determinada al momento del diseño.
- 3.16 Los sistemas de Supervisión y Monitoreo, Comunicaciones, Aprovechamiento de Insumos Críticos y el de Mantenimiento, serían implantados en la regiones a medida que las redes vayan recibiendo el financiamiento que se les daría mediante el componente de Apoyo a la Red. Siendo que el sistema de Información se relaciona con los otros sistemas, su diseño tomaría en cuenta cada uno de los otros y se completaría su implantación cuando los otros sistemas estén ya instalados. El sistema de Recursos Humanos en Salud está contemplado como un plan cuya implantación sería parte de una política permanente de desarrollo del personal que el sector salud necesitará en el futuro.
- 3.17 Los servicios de consultoría necesarios para llevar a cabo la ejecución de los sistemas incluidos bajo el componente de Fortalecimiento Institucional, serían contratados dentro de los nueve meses contados a partir de la fecha del contrato, y de acuerdo con términos de Referencia acordados con el Banco. (Ver Recomendaciones).

3. Apoyo a la Red

- 3.18 Para la ejecución de este componente la Dirección Regional del área donde esté ubicada la red, con el apoyo técnico del MINSA, prepararía la solicitud justificando el equipo, apoyo a la gestión y la capacitación requeridos, y la presentaría al MINSA.
- 3.19 En el MINSA se establecería el Fondo de Inversión para Proyectos de Salud (Fondo), el que sería un mecanismo de naturaleza temporal para la adecuada canalización de los recursos del componente de Apoyo a la Red. El objetivo del Fondo sería el financiamiento, en carácter no-reembolsable, de proyectos cuyas características estén definidas en el Reglamento Operativo de dicho Fondo (Anexo III-3), el que se formalizaría antes del primer desembolso. (Ver Recomendaciones).

- 3.20 Los recursos del Fondo estarían constituidos por los aportes del préstamo del Banco así como los aportes de contrapartida nacional y su gestión se limitaría a la administración de estos recursos.
- 3.21 Las operaciones del Fondo estarían a cargo de tres instancias: (i) Consejo Directivo, integrado por el Ministro de Salud o su representante, quien lo presidiría, el Director Técnico de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa, el Director Técnico de la Oficina de Asesoría Jurídica, y el Director Técnico de la Oficina General de Administración; (ii) la administración financiera que estaría a cargo de la Unidad de Control Financiero del MINSA; y (iii) la administración operativa, a cargo de la UCP.
- 3.22 Aunque para fines de descripción y dimensionamiento el componente Apoyo a la Red se ha presentado con tres subcomponentes (equipamiento, gestión y capacitación), su implementación sería integral ya que se establecería, como un criterio de elegibilidad, que en las solicitudes se presenten las necesidades de cada subcomponente.
- 3.23 Las operaciones del Fondo se iniciarían con parámetros generales ya que los parámetros cuantitativos definitivos serían definidos con el examen de las cinco primeras redes que presenten solicitudes. Este primer grupo se encuentra actualmente en preparación con financiamiento de la OPS/OMS. En base al primer grupo de cinco solicitudes, el Equipo de Proyecto del Banco, conjuntamente con la UCP, establecerían los parámetros y criterios de elegibilidad definitivos a ser incorporados en el Reglamento Operativo del Fondo (Ver Resolución).
- 3.24 El procesamiento de cada grupo de solicitudes se haría en cuatro etapas: (i) preparación de la solicitud, que sería llevada a cabo por los establecimientos de salud con la asistencia de consultoría provistos por la UCP y cuya duración se prevé en seis meses; (ii) evaluación y aprobación de la solicitud que sería llevada a cabo en la UCP el MINSA y se estima que tomaría aproximadamente tres meses; (iii) licitación para la adquisición de equipos, insumos y medicamentos, que sería llevado a cabo por el PNUD, bajo convenio especialmente establecido con el Gobierno, estimándose que esta etapa duraría aproximadamente nueve meses; y (iv) compra y entrega e instalación del equipamiento y servicios en la red respectiva, lo que sería coordinado por la Oficina de Logística del MINSA y el PNUD, la supervisión técnica de la OPS/OMS, y por la Comisión de Recepción de Bienes, creada para los propósitos del programa y encargada de la verificación, certificación y recepción de los bienes adquiridos así como de asegurarse que dichos bienes lleguen a su correcto destino. (Ver Recomendaciones). Se estima que esta última etapa tomaría aproximadamente seis meses.

4. Cronograma de ejecución de los tres componentes del programa

ESTUDIOS INSTITUCIONALES Y DE PREINVERSION

ESTUDIO	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4
Financiamiento del Sector				
Recursos Humanos				
Estructura y Organización				
Inventario Recursos Fisicos				
Mapas				
Sintesis de Diagnostico				
Experimento de Integración				
Experimento de Desinfección				
Prefactibilidad				
Factibilidad				
Diseño				

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

ACTIVIDAD	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4
Revisión de Diagnosticos				
Diseño y Desarrollo Sistemas				
Desarrollo de Normas y Manuales				
Capacitación				
Implantación a Nivel Nacional				

APOYO A LA RED

ETAPAS	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4
Contratación Consultores				
Preparación de solicitudes	1	2	3	
Evaluación de Solicitudes		1	2	3
Licitación		1	2	3
Adquisición y entrega			1	2

Nota: Los numeros representan los grupos de redes, se espera que el primer grupo sea de cinco redes y los dos grupos restantes de 8 redes c/u.

C. Participación de la OPS/OMS y del PNUD en la ejecución del programa

- 3.25 La OPS/OMS prestaría su apoyo al programa en tres áreas: (i) asesoramiento al MINSA en la contratación y supervisión de la consultoría necesaria para el componente Estudios Institucionales y de Preinversión, el de Fortalecimiento Institucional, y para las actividades de gestión y capacitación del componente de Apoyo a la Red; (ii) asesoramiento al MINSA en lo referente al control técnico de las especificaciones del equipo, medicamentos y otros insumos del componente de Apoyo a la Red y supervisión de su debida instalación; y (iii) llevar a cabo el experimento de desinfección de agua y alimentos a través del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) que depende de la OPS/OMS. Para las labores de asesoramiento la OPS/OMS y el MINSA firmarían un convenio que sería presentado al Banco antes del primer desembolso (ver Resolución). Los términos de referencia para el experimento de desinfección de

agua y alimentos, serían acordados con el Banco dentro de los nueve meses a partir de la fecha del contrato de préstamo (ver Recomendaciones).

- 3.26 Se justifica la contratación de la OPS/OMS en base a su experiencia y conocimiento de la realidad peruana en el sector salud ya que durante años ha venido colaborando estrechamente con el MINSA en diferentes programas de salud. La OPS/OMS, a través de su planta de profesionales y consultoría, con ocasión de programas de inmunización, acciones de emergencia para el control del cólera y otros ha podido cubrir, sin restricciones, a todas las áreas del país, aún aquellas de alto riesgo por el terrorismo.
- 3.27 En el caso del experimento de desinfección de agua y alimentos, el CEPIS es la única entidad latinoamericana que está promoviendo estudios innovadores en el área de saneamiento, contando con un equipo de profesionales adecuado a la planificación, ejecución y evaluación del experimento.
- 3.28 El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), asesoraría al MINSA en el proceso de llamado a licitación para la adquisición de los equipos, medicamentos y otros insumos del componente de Apoyo a la Red. El Equipo de Proyecto ha concluido que la contratación directa de esta agencia, desde el inicio de la ejecución del programa, se justificaría plenamente en base a la falta de capacidad que en estos momentos tiene la Unidad de Logística del MINSA en adquisiciones, en la magnitud de las del programa y de acuerdo a las normas del Banco. No se cree conveniente establecer permanentemente toda esa capacidad dada su temporalidad dentro del período de ejecución del programa. Adicionalmente, los movimientos relativamente frecuentes de personal, incluyendo al más alto nivel, que son inevitables dada la fase de transformaciones que sufre el país, bajo nivel de salarios, etc. produciría discontinuidad e inestabilidad en el proceso de licitaciones que podría poner en riesgo toda la ejecución del componente de Apoyo a la Red.
- 3.29 La solicitud del Gobierno para que el PNUD colabore con este programa no es aislada sino que es parte de una decisión en la que las autoridades peruanas desean agilizar todo el proceso de compras del Estado y darle transparencia, independiente de la fuente de los recursos. Esto se debe, además de la debilidad institucional de las instituciones públicas, a que la ley de compras del país es altamente compleja y el proceso de toma de decisión lento y burocrático. El nivel de complejidad aumenta al tener que tomar en cuenta las políticas y procedimientos del Banco en materia de adquisición de bienes y servicios.
- 3.30 El PNUD ha participado con éxito en Bolivia donde ha tenido un fuerte impacto en agilizar un proceso de adquisiciones del Estado que estaba prácticamente paralizado. En cuatro años el PNUD convocó más de 800 licitaciones internacionales con un valor superior a los US\$2.000 millones, de los cuales aproximadamente US\$600 millones provenían de préstamos del Banco. Las 800 licitaciones se

hicieron prácticamente sin impugnaciones ni reclamos y dentro de plazos razonables. En base a esta experiencia el Gobierno ha decidido solicitar el apoyo del PNUD para que opere en el Perú.

- 3.31 En vista de la experiencia señalada y de que existe un convenio firmado entre el Banco y el PNUD para la ejecución conjunta de programas y proyectos se ha incluido la participación del PNUD en el proceso de adquisiciones. Para este fin se firmaría un convenio entre el PNUD y el Gobierno, previo al primer desembolso), el cual sería sometido al Banco para su aprobación (Ver Resolución).

D. Otros aspectos de la ejecución

1. Periodo de ejecución y calendario de desembolsos

- 3.32 El programa sería ejecutado dentro del plazo de cuatro años y se desembolsaría de acuerdo al siguiente calendario:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSOS
(no incluye costos financieros)
(en miles de US\$ equivalentes)

FUENTE	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	TOTAL	%Fuente
BID	8.345	20.738	20.525	8.203	57.811	67,7%
CO-FIN.	3.000	7.500	7.000	2.500	20.000	23,4%
LOCAL	1.162	2.312	2.722	1.383	7.579	8,9%
TOTAL	12.507	30.550	30.247	12.086	85.390	100,0%
% Por Año	14,6%	35,8%	35,4%	14,2%	100,0%	

2. Reconocimiento de gastos y financiamiento retroactivo

- 3.33 El Prescatario solicitaría al Banco el reconocimiento de gastos que prevé efectuar hasta la consideración de la propuesta de préstamo por el Directorio Ejecutivo del Banco. El Equipo de Proyecto ha estimado que podrían reconocerse hasta US\$500.000 con cargo al préstamo, que corresponderían a gastos de la UCP en la preparación de solicitudes al Fondo y gastos de administración del Ejecutor en el programa. Parte de estos gastos se realizarían con recursos provenientes de un préstamo "puente" de la OPS/OMS para preparar solicitudes de Apoyo a la Red. (Ver Resolución).

3. Procedimientos de contratación de consultores individuales y firmas consultoras y adquisición de bienes

- 3.34 Todas las contrataciones de consultores individuales, firmas consultoras así como las adquisiciones de equipo, con recursos del programa, serían realizadas siguiendo los procedimientos normales vigentes del Banco (Anexos A, B y C del Contrato de Préstamo).

4. Mantenimiento de equipos

- 3.35 El Prestatario, por medio del MINSA, se comprometería a mantener adecuadamente los equipos adquiridos dentro del programa, de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas dentro de un nivel compatible con el servicio que deban prestar. El Ejecutor presentaría al Banco, dentro del primer trimestre de cada año calendario, y por un período de cinco años contados a partir de la de la terminación de la primera adquisición de equipos, un plan anual de mantenimiento de los equipos y un informe sobre el estado de mantenimiento de los mismos. El plan incluiría: (i) los detalles de la organización y estructura responsables del mantenimiento; (ii) la información relativa a los recursos que serían invertidos en mantenimiento durante el año en curso y los que serían asignados en el presupuesto para el siguiente año; y (iii) un informe sobre las condiciones del mantenimiento. (Ver Recomendaciones).

5. Anticipos

- 3.36 Dada la situación financiera del país y particularmente del MINSA, se recomienda otorgar un anticipo de fondos de acuerdo a los procedimientos del Banco.

6. Auditoría externa

- 3.37 La auditoría del programa sería realizada por una firma de contadores públicos independiente aceptable para el Banco y contratada para estos efectos, de acuerdo con los procedimientos y normas de la legislación existente en el país.

7. Convenios

- 3.38 El Ejecutor suscribiría convenios con la OPS/OMS y con UNDP en los que se establecerían las condiciones bajo las cuales estas dos agencias realizarían las labores señaladas en párrafos anteriores. Estas agencias presentarían al MINSA una oferta técnica detallada, la cual pasaría a ser parte integrante del convenio entre aquellas y el prestatario. Los convenios con cada una de estas agencias, serían presentados al Banco para su aprobación.

8. Evaluaciones intermedia y ex-post

- 3.39 Se prevé la realización de una evaluación intermedia de la ejecución del programa, así como una evaluación general ex-post. El objetivo de la primera es medir avances, detectar problemas, y poder introducir sobre la marcha las medidas correctivas que sean del caso. El objetivo de la evaluación ex-post es verificar el grado de cumplimiento final de los objetivos, metas y resultados esperados del programa, en particular con respecto a los siguientes objetivos: (i) proceso de fortalecimiento institucional; y (ii) mejora en la eficiencia y equidad de los servicios. (Ver Recomendaciones).

- 3.40 El Ejecutor sería responsable de las evaluaciones intermedia y ex-post, para lo cual reuniría la información por componente. Esta información debería adjuntarse al Informe de Evaluación correspondiente como un apéndice. A estos efectos, el prestatario debería presentar al Banco, a los seis meses contados desde la vigencia del contrato de préstamo, un Informe Inicial incluyendo: (i) los datos básicos iniciales por componente; y (ii) una descripción de la metodología que se utilizará para recoger y procesar la información para hacer las comparaciones entre los datos básicos y los resultados. (Ver Recomendaciones).
- 3.41 Con el objeto de medir el impacto y el cumplimiento de las metas del programa se recogería información sobre:
- a. Estudios Institucionales y de Preinversión: metas alcanzadas y programadas.
 - b. Fortalecimiento Institucional: (i) tipo de actividades planeadas y ejecutadas; y (ii) metas alcanzadas en el proceso de descentralización.
 - c. Apoyo a la Red: (i) número de consultas, inmunizaciones, visitas domiciliarias, etc, por establecimiento; (ii) cobertura efectiva por programa de salud: materno infantil, enfermedades transmisibles y otras; (iii) nivel de ocupación de los establecimientos hospitalarios por departamento o servicio; (iv) índice de altas por curaciones, transferencia, sin cambios, y defunción en establecimientos hospitalarios; (v) volumen de referencias y contra-referencias entre hospitales y centros y puestos de salud; (vi) establecimientos con sistemas de administración financiera en operación; (vii) costos de hospitalización, consultas externas y de emergencias por departamento o servicio; (viii) costos de atención en centros y puestos de salud: costos de personal, costos de medicamentos y otros costos variables; (ix) costos de mantenimiento de equipos e infraestructura por establecimiento; (x) índice de personal capacitado por tipo de establecimiento; y (xi) encuesta de bajos ingresos, por establecimiento de la red.
- 3.42 Con los elementos anteriores, y siguiendo la metodología mencionada en el literal (a) del párrafo siguiente, se presentaría una evaluación ex-post a los dos años de la fecha del último desembolso, la que comprendería, con carácter no limitante los siguientes aspectos: (i) análisis del fortalecimiento del MINSA; (ii) metas alcanzadas en el proceso de descentralización; (iii) mejoras alcanzadas en la eficiencia y equidad en la prestación de los servicios; y (iv) conclusiones y recomendaciones.
- 3.43 A efectos de la realización de ambas evaluaciones, los normativos incorporan las siguientes estipulaciones contractuales:
- a. Dentro de los 18 meses, contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo, el prestatario, por intermedio del

Ejecutor, deberá presentar a satisfacción del Banco los datos básicos iniciales señalados en el párrafo anterior; y una descripción detallada de la metodología que se utilizaría para recopilar, procesar y analizar dichos datos, los que deben ser comparados con los datos básicos para preparar la evaluación a posteriori al final del programa.

- b. Dentro de los 24 meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo, y anualmente hasta el segundo año después del desembolso final del financiamiento: (i) se recopilarán datos anuales siguiendo los mismos lineamientos de los datos básicos iniciales referidos en el literal anterior; y (ii) se presentará al Banco un informe de evaluación intermedia.

9. Informes y supervisión

- 3.44 A partir del primer año de vigencia del contrato de préstamo, durante la ejecución del programa y a más tardar 60 días antes de la finalización de cada año calendario, el Prestatario, por intermedio del MINSA deberá presentar al Banco un Plan Operativo anual que será ejecutado en el año calendario siguiente. El informe de ejecución del plan operativo correspondiente al año anterior deberá presentarse 60 días después de finalizado el año. Dicho informe deberá incluir por lo menos, una descripción de las actividades contempladas, presupuesto, cronograma de desembolso y modalidad de ejecución y recursos asignados a cada uno de los componentes del programa (Ver Recomendaciones).

E. Impacto ambiental

- 3.45 El Comité del Medio Ambiente ha clasificado el programa bajo la Categoría II. El programa no tiene en sí impacto ambiental incremental, ya que se trata de adquirir equipos médicos básicos para instalaciones ya existentes y realizar estudios y no habría construcciones nuevas o rehabilitaciones.
- 3.46 El programa contribuiría al cuidado y protección del medio ambiente, en razón que dentro del componente de Fortalecimiento Institucional, se ejecutaría el sistema de manejo de residuos en los hospitales, a nivel nacional, regional y local, que permitiría elevar el nivel de saneamiento en los establecimientos de salud y minimizar los riesgos de salud para la población y los riesgos ambientales producidos por los residuos sólidos hospitalarios.

F. Posible ocurrencia de desastres naturales

- 3.47 En vista de que el programa no contempla inversiones en infraestructura, no se incluyen previsiones para el caso de que ocurran desastres tales como sismos e inundaciones en los establecimientos existentes pero sí en los diseños de nuevas estructuras bajo el componente Estudios Institucionales y de Preinversión. Para el caso de posibles ocurrencias de epidemias el programa incluiría, bajo el subcomponente Sistema de Supervisión y Monitoreo,

fortalecimiento al MINSA para que pueda dar respuesta inmediatamente a la ocurrencia de este tipo de emergencias.

G. Estado de preparación del programa

- 3.48 Para el componente de Estudios Institucionales y de Preinversión, están preparados los términos de referencia preliminares, los cuales serían revisados en etapas de acuerdo con el esquema de ejecución diseñado en el programa, y serían utilizados en el primer llamado de concursos internacionales para que las firmas precalificadas elaboren sus ofertas técnicas detalladas.
- 3.49 Con relación al componente Fortalecimiento Institucional, están preparados los planes de acción y términos de referencia que permitirían la elaboración de ofertas técnicas a ser presentados por firmas consultoras para los siete subcomponentes. Están definidos los problemas a superar, los objetivos generales y específicos, metas, actividades, la estimación de la consultoría necesaria, los cronogramas de trabajo, así como una estimación de los costos. El material correspondiente ha sido examinado por el Equipo de Proyecto.
- 3.50 Dentro del componente Apoyo a la Red, se ha iniciado ya la preparación de solicitudes provenientes de redes identificadas como prioritarias, de manera que pueda contarse con un grupo de por lo menos cinco solicitudes en el primer semestre de 1993.

IV. PRESTATARIO Y UNIDAD EJECUTORA

A. Análisis institucional

1. Introducción

- 4.1 El prestatario sería el Gobierno de Perú y el ejecutor sería el Ministerio de Salud (MINSA) quien ejecutaría el programa por medio de sus propias unidades técnicas y de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), establecida para los propósitos del programa. La Oficina del Ministro supervisaría la implementación.

2. Estructura orgánica y funciones del Ministerio de Salud

- 4.2 El artículo 52 del Título Cuarto de la Ley de Bases de la Regionalización establece que corresponde a los órganos de los ministerios y organismos centrales definir la política, así como emitir la normatividad sectorial correspondiente. Dentro de este nuevo contexto, en Abril 16 de 1990 se promulga el Decreto Legislativo No. 584 que constituye la actual Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Esta ley también establece al MINSA como ente rector del Sistema Nacional de Salud.
- 4.3 El Decreto 584 establece como objetivos del MINSA el de mejorar la situación de salud y el nivel de vida de la población nacional con el concurso de los componentes del Sistema Nacional de Salud y la participación activa de la comunidad. Dentro de las funciones que le asigna la ley se destacan las siguientes: (i) proponer al Poder Ejecutivo la política nacional de salud y el plan sectorial de salud; (ii) formular, en coordinación con los gobiernos regionales, la política nacional de salud y el plan sectorial de salud; (iii) emitir la normatividad de ámbito nacional que regule acciones de salud de los componentes del sistema y velar por su cumplimiento; (iv) organizar, consolidar y mantener actualizados los registros nacionales de salud; (v) regular, coordinar y consolidar la información social referente al campo de la salud; y (vi) asesorar y apoyar a los componentes del sistema en el campo de su competencia.
- 4.4 De conformidad con el decreto arriba mencionado, el MINSA tiene la estructura organizativa siguiente: (i) Alta Dirección: Ministro y Viceministro; (ii) Órgano Consultivo: Comisión Consultiva MINSA; (iii) Órganos de Concertación: Consejo Nacional de Salud, el Comité Técnico de Coordinación Nacional y el Comité Nacional de Integración Funcional; (iv) Órganos de Control: Inspectoría General; (v) Órganos de Asesoría: Oficina General de Planificación, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa y Oficina General de Epidemiología; (vi) Órganos de Apoyo: Oficina General de Administración, Oficina de Estadística e Informática y Oficina de Comunicaciones; y (vii) Órganos de Línea: Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Salud Ambiental, Dirección General de Medicamentos e Insumos.

- 4.5 El Consejo Nacional de Salud es el órgano coordinador del MINSA y del Sistema Nacional de Salud. Es responsable de la formulación de la política nacional de salud enmarcada en el plan de desarrollo económico y social del país. Lo preside el Ministro de Salud y está conformado por representantes de todos los componentes del sistema: IPSS, Sanidad de Defensa, asociaciones del ramo, organizaciones gremiales vinculadas al sector, y gobiernos regionales.
- 4.6 El Comité Técnico de Coordinación Nacional lo preside el MINSA y está constituido por los Secretarios Regionales de Asuntos Sociales y las autoridades regionales de salud. Coordina y concierta los planes y programas sectoriales entre el nivel central y el regional, coordina asimismo la formulación de los presupuestos y el análisis de los informes evaluativos de los sistemas regionales en el campo de la salud.
- 4.7 El Comité Nacional de Integración Funcional es el órgano que norma el proceso de integración de los servicios de salud del IPSS con los de los gobiernos regionales. Es presidido por el Ministerio de Salud e integrado por representantes de las citadas entidades.
- 4.8 Cabe destacar que ya el MINSA se ha reestructurado, logrando una estructura adecuada en su rol de monitoreo. Mediante Decreto Supremo No 02-SA-92 de agosto de 1992 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones que operativiza el marco organizativo bajo el cual está operando actualmente el MINSA. Es importante anotar que en este Reglamento se incorporaron las nuevas necesidades de operación del MINSA dentro del esquema de regionalización y la experiencia de los problemas operativos pasados.
- 4.9 Desde el punto de vista de la estructura, uno de los problemas fundamentales que tenía el MINSA era la gran desagregación vertical de la estructura llegándose en algunos casos hasta el sexto nivel organizacional; la estructura actual lo reduce a tres. Asimismo, existía un elevado número de unidades orgánicas (más de 300) lo que dificultaba la supervisión y coordinación de las actividades; actualmente opera con 43 unidades. La distorsión en la estructura orgánica ocasionaba una imprecisa delimitación de funciones llevando, no solo a una superposición de funciones, sino a confusión en la delimitación de competencias. El crecimiento desmesurado de la organización del MINSA generó una atomización de las funciones, afectando la continuidad y coherencia en su cumplimiento. La nueva delimitación de funciones está enfocada a reducir esta situación.
- 4.10 Falta por definir las políticas nacionales y el papel del MINSA en el establecimiento de normas y el control sanitario de organismos públicos y privados en las áreas de: (i) práctica profesional de salud; (ii) servicios de salud; (iii) establecimientos comerciales e industriales; (iv) producción y comercio de alimentos, medicamentos, equipos e instrumental médico; (v) salud ocupacional; (vi) salud ambiental; (vii) seguro de salud; y (viii) investigación en salud.

- 4.11 Los problemas que ahora enfrenta el MINSA están relacionados con las definiciones señaladas anteriormente y las debilidades institucionales para poder llevar a cabo las funciones que se le han asignado, utilizando su nueva estructura.
- 4.12 En aspectos de personal, la situación del MINSA es crítica ya que a partir del Decreto Supremo No. 004-91-PCM de enero de 1991, se acogió al programa de retiros voluntarios, con incentivos, cerca del 30% del personal, la mayoría de ellos profesionales, debilitando seriamente la administración pública sectorial. Los cargos vacantes han sido asumidos por personal sin suficiente experiencia que requiere de un proceso intenso de capacitación.
- 4.13 Con la transferencia de recursos humanos a las regiones, el personal del MINSA pasó de 70.552 plazas a 28.671 que incluye a todo el personal de servicio en la región Lima/Callao. Actualmente la sede tiene aproximadamente 730 personas, distribuidos inadecuadamente ya que más del 50% está ubicado en los órganos de administración, dándole mayor importancia a los problemas internos que al rol de supervisión y monitoreo sectorial que le corresponde. El déficit de personal calificado en áreas técnicas y profesionales, así como la utilización de equipo y tecnología de trabajo con un alto grado de obsolescencia, se refleja en la baja calidad y productividad de los servicios del MINSA. Muchos de los trabajadores están ejerciendo funciones que no son acordes con su nivel.
- 4.14 La implementación de la regionalización ha presentado dos problemas fundamentales para la funcionalidad institucional del MINSA y las regiones. Primeramente, la regionalización se dio "por decreto", sin una transición, lo que ocasionó problemas de adecuación institucional, especialmente en los hospitales, centros y puestos de salud que estaban acostumbrados a los servicios de apoyo del nivel central (suministro de insumos, mantenimiento, personal, etc.). En segundo lugar, el MINSA, inmerso en la crisis fiscal y con una estructura organizativa ineficiente, no respondió adecuadamente a su nuevo rol como entidad reguladora y rectora del sector.

B. Análisis financiero

1. El Presupuesto del Ministerio de Salud

- 4.15 En la actualidad, el presupuesto del MINSA no incluye partidas provenientes del Tesoro Público con destino al sostenimiento de los hospitales, centros y puestos de salud de las regiones (quienes tienen un manejo autónomo de los recursos de los diversos sectores, incluido el de salud), con excepción de los de Lima y Callao. Así, el campo financiero del MINSA se ve reducido a su propia institución y a los hospitales de Lima y Callao que tienen 7.722 camas y 184 centros de salud y 309 puestos de salud. Igualmente, el MINSA tampoco hace presencia en el desarrollo de las demás fases administrativas de los presupuestos hospitalarios como son la aprobación, la evaluación y el control.

- 4.16 La presentación del presupuesto del MINSA permite observar los distintos montos por denominaciones de ingresos y egresos. La ejecución está a cargo de la Dirección Técnica de Administración por medio del Departamento de Economía. Este Departamento es el encargado del manejo de la totalidad de los recursos de la institución y por lo tanto está sujeto a la fiscalización por parte de la Contraloría de la República y, además, ejerce desde su interior un control previo por parte de una sección determinada.
- 4.17 Una vez aprobado el presupuesto, los montos que se disponen al comienzo de la vigencia se denominan Apropriación Inicial, pero su utilización sólo se puede realizar previas autorizaciones de gastos expedidas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Estos montos iniciales no reflejan el volumen de los recursos que el MINSA ejecutará durante el año, en razón a que el presupuesto es objeto de una serie de modificaciones durante la vigencia de tal consideración que muchas veces supera en varias veces la apropiación inicial. Lo anterior es un indicio de serias limitantes en la programación presupuestal, específicamente en la estimación de los montos. En 1987 la Apropriación Inicial fue aumentada en 71%, 72% en 1988, 436% en 1989 y 1.452% en 1990.
- 4.18 Esta circunstancia, además de ser permanente, demuestra la existencia de déficits de apertura y no permite a los planificadores precisar proyectos bien definidos de atención y de inversión; la resultante es una ejecución presupuestal con recursos no regulares o inciertos que se ajustan durante el año de acuerdo con las disponibilidades de Tesorería.
- 4.19 Hasta 1989, el MINSA canalizó a través de su presupuesto recursos de transferencia para la operación de hospitales de las regiones; una nueva etapa de tipo presupuestal comienza en 1990 cuando se reduce el volumen de los recursos, especialmente los destinados al pago de remuneraciones. La ejecución total del período 87-89 muestra una tendencia a la disminución pasando de US\$382,6 millones en 1987 a US\$355 millones en 1989.
- 4.20 Dadas la crisis por la que viene pasando la economía peruana, en el período 1986-1990, el Gobierno Central ha reducido sus gastos en 41,7% y el Sector Social en 38,6%. A partir de ese momento, el presupuesto del MINSA presenta una recuperación en la mayoría de los rubros. La ejecución total del MINSA en 1991 se incrementó en 49% respecto a la del año 90 (de US\$122 a US\$182 millones).
- 4.21 El rubro de Remuneraciones muestra un crecimiento de 22% en el mismo bienio como reflejo de los pagos realizados dentro de la política de motivación de renuncias voluntarias. Como resultado de esta reducción de personal, se ha obtenido una disminución de cerca del 40% de los funcionarios, con la característica de que quienes se han acogido al incentivo han sido los técnicos de mejor capacitación y habilidades que pueden competir con mejor suerte en el mercado laboral.

- 4.22 Para el periodo 87-90, los gastos operativos han ganado espacio creciente en la composición total de gastos del MINSA con deterioro de las inversiones; excepción hecha del año 91. Las bajas inversiones presentadas en el MINSA se reflejan en la obsolescencia y escasez de equipos, especialmente de computación, y en las instalaciones físicas. Las participaciones porcentuales han sido:

<u>AÑO</u>	<u>OPERACIÓN (%)</u>	<u>INVERSIÓN (%)</u>
87	91,8	8,2
88	93,8	6,2
89	96,3	3,7
90	99,0	1,0
91	95,2	4,8

- 4.23 De ordinario, las autoridades del MINSA esperan que el presupuesto asignado sea suficiente para atender los gastos programados para el año correspondiente; pero la realidad es distinta y, con alguna frecuencia, los presupuestos inician con déficit de apertura. La apropiación inicial suele ser muy baja comparada con el volumen de recursos que realmente se ejecuta durante el año; esta circunstancia le resta toda representatividad a esos montos, demostrándose la existencia de debilidades en el proceso de formulación presupuestal y en el cálculo de los ingresos y gastos. La escasez de recursos como resultante de los crónicos déficits de apertura (insuficiencia de las partidas iniciales) afectan en especial los rubros de bienes y servicios, dificultando significativamente la administración de la institución. Las remuneraciones, pensiones y transferencias corrientes (pagos al personal por todos los conceptos) han tenido el permanente respaldo de la fuente tesoro público lo que evita la realización de paros de funcionarios por incumplimiento en el pago de salarios. Las partidas presupuestales asignadas al MINSA corresponden a montos globales para seis programas y 52 subprogramas.

2. Esquema de financiamiento de los servicios descentralizados

- 4.24 Las instituciones de salud de las regiones con la excepción de las de Lima y Callao que no están aún dentro de un esquema de Región, son entes dependientes administrativamente del respectivo gobierno regional, pero conservan una dependencia técnica del MINSA.
- 4.25 En los hospitales, como en las demás entidades oficiales, se aprecian los efectos de la crisis por la que atraviesa el país. En lo financiero, se manifiesta en sus propios presupuestos, los que son altamente dependientes de los recursos nacionales a través de su rubro "tesoro público". La otra fuente, "ingresos propios", participa en muy baja proporción en el financiamiento, debido, tal vez, a la baja capacidad de pago de la comunidad.
- 4.26 Los hospitales no cuentan con estudios socio-económicos de la población bajo sus áreas de cobertura que puedan validar la anterior apreciación ni con metodologías de cálculo de costos que

permitan fijar esquemas de tarifas que consulten con la realidad local. Dentro de este contexto juega un papel muy importante el deterioro de la calidad de servicios en que los hospitales hayan podido caer debido a la disminución de sus ingresos.

- 4.27 Los hospitales, 130 en total, no reciben aportes de los gobiernos regionales; los ingresos propios tienen poco peso en el financiamiento (no sobrepasan el 10%) por lo que su financiamiento queda dependiendo del MEF no sólo por ser la entidad encargada de colocar los montos del tesoro público sino porque la iliquidez del Estado, especialmente en estos momentos de contracción monetaria y restricción del gasto oficial, les genera serios problemas de oportunidad que se reflejan en falta de medicamentos, víveres, etc.
- 4.28 Es pertinente, por lo tanto, estudiar nuevas alternativas de mejoramiento de las actuales fuentes y creación de nuevas en las que los gobiernos regionales estén presentes como acto de demostración de su papel en el campo de la salud, a la luz de las normas de descentralización.

3. Esquema financiero de hospitales

- 4.29 El país cuenta con 130 hospitales adscritos al MINSA y las regiones, 20 de ellos especializados. Estos son de carácter asistencial y orientan sus servicios a los estratos de población no cubiertos por otros subsectores que son los de más bajos recursos y derivan la mayor parte de sus ingresos del gobierno central.
- 4.30 En razón a que, desde la puesta en marcha de la regionalización, el MINSA no maneja información financiera de los hospitales del país como tampoco el MEF, se podría tener una estimación del volumen de recursos que el país invierte en ellos a partir de los datos de la encuesta realizada. Si se admite considerar equivalente el gasto anual promedio de cama de un hospital del rango 350 camas o más al de una institución especializada, el gasto anual de los 20 hospitales especializados ascendería a US\$ 87,7 millones. No obstante los supuestos metodológicos, se puede estimar que el gasto asistencial del Gobierno es del orden de los US\$227,3 millones, utilizando 17.257 camas y 53.200 empleados.
- 4.31 Según los escasos datos financieros de la encuesta realizada para preparar el programa, los hospitales tienen una baja capacidad de generación de ingresos por venta de servicios que se acentúa más en las áreas rurales donde el nivel de ingresos de la población es muy inferior al de las ciudades. Se observan porcentajes de participación de ingresos propios entre 3% y 11% del total de ingresos.

V. FACTIBILIDAD, IMPACTO DISTRIBUTIVO Y RIESGOS

A. Factibilidad del programa

1. Consideraciones generales

- 5.1 El análisis del programa y las medidas contempladas para reducir los riesgos resultantes de la falta de datos, de la debilidad del MINSA y de los procesos de transformaciones y ajustes que vive el país, permiten concluir que su ejecución es viable.
- 5.2 En lo que se refiere al componente de Fortalecimiento Institucional, los sistemas administrativos que se fortalecerían serían esenciales en cualquier esquema de descentralización. Además, el nivel de definición de dichos sistemas es suficientemente claro en cuanto a sus objetivos y al mismo tiempo suficientemente flexible para ajustarse a las responsabilidades regionales.
- 5.3 El apoyo de consultores y los programas de capacitación contribuirían a retener el personal básico necesario durante el período de ejecución. A su vez, el componente Estudios Institucionales y de Preinversión ofrecería los elementos necesarios para la preparación de una política de recursos humanos que contemple los incentivos adecuados para retener e incorporar personal con la capacitación adecuada.
- 5.4 Con relación al componente Apoyo a la Red, las encuestas realizadas en cuatro redes representativas en las áreas de Cajamarca, Loreto, Tumbes y Lima Norte, demostraron que:
 - a. Es posible trabajar con los establecimientos de salud agrupados en redes de servicios funcionalmente organizados.
 - b. Es factible, con la ayuda de consultores, lograr que el personal operativo a nivel de los establecimientos participen activamente y en forma coordinada en la definición de las necesidades y prioridades para la preparación de solicitudes de equipamiento, apoyo a la gestión y capacitación.
 - c. Existe espacio físico adecuado para la reposición o complementación de equipos.
 - d. Los problemas técnicos y administrativos en los establecimientos son suficientemente homogéneos para permitir el diseño de módulos de asesoría y capacitación utilizables, con ligeros ajustes, en las distintas regiones del país.
 - e. Los equipos a ser obtenidos con recursos del programa no exigen cambios tecnológicos y el personal existente puede ser fácilmente capacitado para su operación y mantenimiento.

- f. Los usuarios de los establecimientos del MINSA y de las regiones son predominantemente de bajos ingresos.

2. Aspectos técnicos

5.5 El programa se justifica técnicamente en vista de que:

- a. Los problemas de salud, que inciden especialmente en la población de menores ingresos, se han acumulado debido a la demanda reprimida por dicha población, la que depende de los servicios ofrecidos por los establecimientos del MINSA y de las regiones.
- b. Existen todavía recursos humanos en los establecimientos públicos, cuya eficiencia se maximizaría al capacitarles en gestión técnica y administrativa y dotarles del equipo mínimo requerido para la atención básica.
- c. El programa no introduciría cambios en los niveles de atención brindados por los distintos establecimientos sino que se repondría equipo y niveles de conocimiento cuya tecnología debería ser del manejo normal y cotidiano por el personal de dichos establecimientos. Por lo tanto, no requeriría cambiar el perfil de conocimientos del personal que maneja el equipamiento.

3. Aspectos institucionales

- 5.6 A dos años de haberse iniciado el proceso de descentralización, el MINSA reconoce la necesidad de adecuarse al cambio e introduce un nuevo esquema de organización, acorde a sus nuevas funciones y dirigido a resolver los problemas existentes. De acuerdo al análisis efectuado, este nuevo esquema representa una base adecuada para ejercer sus nuevas funciones. El programa, desde el punto de vista institucional, es fundamental para apoyar este cambio tan importante y necesario. Las áreas a fortalecer no solo incrementarían la eficiencia interna del ministerio sino también fortalecerían su nuevo rol de apoyo a las regiones ya que estaría en capacidad de brindar asistencia técnica y normas de operación a las instituciones regionales. El programa está diseñado de manera que su implementación no solo sea factible de realizarse con la capacidad existente sino que transfiera tecnología a las unidades ejecutoras involucradas.

- 5.7 La viabilidad de la operación desde el punto de vista del número y tipo de instituciones participantes, se considera asegurada dada la necesidad manifiesta de las acciones que el programa propone así como el consenso político que a nivel nacional existe para esto. El Gobierno ha realizado reuniones a diferentes niveles (regional y municipal) y la reacción al programa ha sido muy positiva.

- 5.8 Dada la débil situación institucional, el programa ha sido diseñado de manera que mientras se logra el fortalecimiento propuesto, la estabilidad y continuidad necesarias para la ejecución, se fortalezca temporalmente mediante el uso de agencias internacionales que las autoridades reconocen como capaces de asistirles. Con tal

reforzamiento y el fortalecimiento que el mismo programa propondría, se considera que las unidades técnicas del MINSA involucradas en la ejecución, pueden llevar a cabo exitosamente las tareas que les corresponde. Hay que anotar que el tipo de actividades previstas responde a necesidades básicas ya que se dotarían a las instituciones participantes de herramientas técnicas y administrativas, que son fundamentales para operar adecuadamente, independientemente del esquema de dependencia organizacional.

4. Aspectos financieros

- 5.9 Dado que la condición de país B impone una matriz de financiamiento máximo del 70%, se requeriría una contrapartida equivalente a US\$30 millones. En vista de las dificultades financieras por las cuales atraviesa el Perú, se ha contemplado la necesidad de obtener cofinanciamiento, especialmente con fondos "blandos", para lo cual se han iniciado gestiones con el OECF del Japón, por aproximadamente US\$20 millones, lo que reduciría las necesidades de aporte del gobierno del Perú a US\$10 millones distribuido en cuatro años. Se considera que esta última cifra podría ser aportada sin dificultad dado que el programa representaría la principal inversión del Gobierno en el sector salud, durante los próximos cuatro años.
- 5.10 El impacto de los costos recurrentes derivados del programa, aparte de aquellos relacionados a proyectos que se explican más adelante, sería fácilmente absorbido por el MINSA ya que su monto no sobrepasaría los US\$267 mil anuales a partir del cuarto año. A los niveles de gasto del año 1991, esto representaría menos de un décimo del 1%.
- 5.11 Con respecto al componente Apoyo a la Red, el propósito de minimizar los incrementos en los costos recurrentes, por lo que no se financiarían inversiones que signifiquen una carga presupuestaria adicional significativa para las instituciones solicitantes. El programa establecería criterios de elegibilidad tanto en torno a la existencia de presupuesto operativo para el adecuado funcionamiento de las inversiones solicitadas, como montos aceptables en aquellos casos en que se justifique el aumento de costos recurrentes. Inicialmente se han establecido parámetros temporales que serían aplicados en las primeras cinco solicitudes después de cuyo análisis se establecerían los parámetros definitivos.

5. Aspectos socioeconómicos

- 5.12 El programa, como ya se señalara anteriormente, fue diseñado para evitar mayor deterioro de los servicios básicos de salud en el corto plazo, en las áreas más deprimidas del país, mientras se inician los procesos de reforma del sector y se elaboran las bases para una planificación de largo plazo. Fortalecer el liderazgo sectorial del MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud contribuiría a la eficiencia de los servicios brindados por los establecimientos públicos, focalizando los recursos hacia los grupos más pobres y de mayor riesgo de enfermar.

- 5.13 La información disponible muestra que el sistema de atención de salud pública administrado por el MINSA y los gobiernos regionales, ha sufrido un fuerte deterioro en los últimos años. El número de consultas totales de 9,6 millones en 1987, descendió a 8,2 millones en 1990 y el número de egresos hospitalarios, que en 1987 ascendía a 462.300, descendió a 327.000. Estos resultados se explican tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda.
- 5.14 Por el lado de la oferta, el sistema entró en estado de virtual colapso por la falta de recursos presupuestarios que permitieran mantener los niveles mínimos de atención requerida, especialmente la reducción de gastos en equipamiento, medicamentos y en salarios. Esto último provocó huelgas en el personal de salud que durante los años 1990 y 1991 llegaron a cuatro y cinco meses continuos sin atención a las personas, lo que ha provocado un fuerte deterioro en la capacidad de oferta. Las encuestas realizadas en cuatro redes (Loreto, Cajamarca, Tumbes y Lima Norte), entre usuarios de puestos y centros de salud, permitió identificar que tres causas explicaban aproximadamente el 80% de los rechazos en su atención: falta de equipo e instrumental, falta de medicamentos y drogas y falta de personal.
- 5.15 Por el lado de la demanda, la caída de los ingresos de la población de menores recursos trajo aparejado una demanda reprimida que se refleja en acciones de autocuidado y en acudir a los servicios de emergencias en estado de mayor gravedad.
- 5.16 El equipamiento básico y la provisión de medicamentos esenciales busca revertir la situación a través de: (i) sustituir equipos que presten servicios esenciales; (ii) equipos no fijos, en el sentido que puedan ser trasladados a otro establecimiento si posteriormente se decidiera el cierre de aquel en que se instale.
- 5.17 El programa se justifica económicamente porque es necesario recuperar niveles aceptables de cobertura de los servicios de salud que permitan contribuir al desarrollo del capital humano, para lograr un desarrollo económico social más estable y una viabilidad política al proceso de democratización del Perú. Se trata de recuperar niveles de cobertura ya alcanzados en el pasado que podrían parecer conservadores respecto a niveles deseables. Sin embargo, en el contexto de fuerte restricciones fiscales y otras reformas del sector público, estas metas son realistas y factibles. Solo con evitar que continúe la actual tendencia declinante, el programa habrá alcanzado un objetivo importante. Asimismo, la disponibilidad del equipo e instrumental básico y las drogas y medicamentos esenciales, permitiría un uso más eficiente de los recursos humanos e infraestructura disponibles, aumentando su productividad.
- 5.18 El programa se justifica socialmente por su alto impacto en la población de menores recursos y mayores problemas de salud, como se podrá apreciar en el análisis del impacto distributivo.

B. Impacto distributivo

- 5.19 La oferta de servicios del sector salud está segmentada en cuatro grupos, según los servicios disponible: (i) el grupo de más altos ingresos es atendido por el sector privado, disponiendo del 19,5% de las camas hospitalarias en funcionamiento; (ii) los trabajadores formales, atendidos principalmente por el Instituto de Seguridad Social, disponen del 15,6%; (iii) los miembros de las Fuerzas Armadas y policía disponen del 10,6%; y (iv) los grupos del nivel de más bajos ingresos de la población, constituido por los trabajadores informales, los pequeños productores rurales y los desempleados, son cubiertos por los establecimientos del MINSA y de los gobiernos regionales y disponen del 53%. El programa se concentra en este último grupo ya que todas las acciones estarían dirigidas a mejorar la capacidad del MINSA y de los establecimientos regionales.
- 5.20 La pobreza en el Perú se ha agravado en los últimos años. En 1970 el 50% de la población era considerada pobre. Los esfuerzos realizados en la segunda parte de la década del setenta mostraron una mejora; así, en 1980 se estimaba que el 46% de la población se encontraba en situación de pobreza, situación que comenzó a empeorar y a fines de 1986 se estimó que el 52% eran pobres y en 1991 esta cifra había incrementado al 54% de acuerdo a estudios del Banco. (Poverty Issues and Social Sector Policies and Programs, May 1992).
- 5.21 Las encuestas realizadas en las cuatro áreas antes mencionadas, mostraron que la población que se ubica por debajo de la línea de bajos ingresos definida por el Banco (1.239 nuevos soles per cápita por año para diciembre de 1991) es la siguiente: Loreto 64%, Cajamarca 77%, Tumbes 78% y Lima Norte 68%. El promedio ponderado en las cuatro áreas es del 69% y la población de la muestra de 2.329.000. El impacto global del programa sería aproximadamente del 68,85%.

C. Impacto sobre la mujer

- 5.22 Las mujeres de bajos ingresos constituyen una parte preponderante de la población que recibe atención en los puestos, centros de salud y hospitales a ser atendidos por el programa, y serían por lo tanto, las principales beneficiarias.
- 5.23 Otro beneficio importante sería la capacitación que recibirían las mujeres que trabajan en los puestos, centros y hospitales que el programa apoyaría con los componentes de Apoyo a la Red y Fortalecimiento Institucional.
- 5.24 El programa también abriría un posible campo de trabajo para la mujer en actividades del sector privado, en empresas que presten servicios a los establecimientos de salud, dentro de un marco de mayor participación del sector privado. Esto sería definido en los estudios generales donde se incluye el del papel de la mujer en relación a la salud, enfermedad y nutrición, como ente activo del proceso.

D. Beneficios y riesgos del programa

1. Beneficios

5.25 La ejecución exitosa del programa traería beneficios en varias áreas:

- a. Generaría los elementos necesarios para la implantación de políticas y estrategias sectoriales en el contexto de la regionalización. Esto permitiría racionalizar la canalización del gasto e inversión pública, así como de recursos adicionales provenientes de fuentes internacionales de financiamiento.
- b. Contribuiría a consolidar el proceso de descentralización al fortalecer la capacidad administrativa de los entes descentralizados y de los establecimientos de salud. A nivel central fortalecería el rol normativo del MINSA, haciendo efectivo al esquema existente de reformas en el marco regionalizado; y a nivel de los establecimientos se fortalecería su capacidad de auto-manejo.
- c. Contribuiría a elevar el número y la calidad de los recursos humanos calificados en salud a través de la capacitación que se impartiría para implantar el fortalecimiento institucional en el MINSA y en las regiones y mediante las acciones que resulten del sistema de desarrollo de recursos humanos y acciones de capacitación relacionadas con el apoyo a las redes.
- d. Mejoraría la eficiencia de los establecimientos que prestan servicios al promover su articulación en forma de redes funcionales, a la vez que aumentaría la capacidad local de resolución de los problemas de salud.
- e. Produciría instrumentos operativos para una mejor focalización de las inversiones y programas sobre grupos específicos de población de acuerdo a sus características demográficas, socioeconómicas o epidemiológicas.
- f. Tendría un impacto directo sobre la población de menores ingresos ya que el subsector público de salud, al que se orienta el programa, es prácticamente el único que cubre a esta población. Adicionalmente, los criterios de selección restringen el financiamiento a las redes ubicadas en las zonas más deprimidas desde el punto de vista de su condición socioeconómica. Beneficiaría en especial a mujeres y niños de bajos ingresos, que son los usuarios principales del servicio público. Del estudio del papel de la mujer en relación a la salud, enfermedad y nutrición se espera que resulten otras acciones en beneficio de este grupo.

2. Riesgos

5.26 Los riesgos de este programa son los inherentes a la problemática y proceso de ajuste que vive el país. El diseño del programa incorpora en lo posible los elementos que permitan que el programa se ejecute con éxito.

5.27 Sin embargo el Equipo de Proyecto considera que quedan algunos riesgos sin cubrir:

- a. El éxodo de personal capacitado y huelgas casi continuas que vienen ocurriendo en el sector público de salud, debido a los bajos salarios. De no mejorar esta situación, la conformación de una planta de personal profesional estable y apto para el desempeño de las actividades en el MINSA y las regiones se ve amenazado. Este efecto pudiera contrarrestarse en la medida que se lleve a cabo un plan de incentivos para atraer personal capacitado para las nuevas funciones, lo cual está previsto ser analizado en el componente estudios institucionales y de preinversión.
- b. Las indefiniciones en los ámbitos de autoridad del nivel regional y municipal sobre los servicios de salud. Esto podría introducir obstáculos en la toma de decisiones para el diseño de las solicitudes y su presentación ante el Fondo.
- c. Aunque se considera que el riesgo de que no se materialice el cofinanciamiento es relativamente menor, dado el interés expresado en conversaciones del Banco con representantes del OECF así como de la CAF y del gobierno español, sin embargo podría darse la eventualidad que no se obtuviera, en cuyo caso el componente afectado sería el de Apoyo a la Red, cuyo dimensionamiento se vería reducido significativamente.

ANEXOS

PERU
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DESGLOSE PRELIMINAR DE COSTOS DIRECTOS

COMPONENTE DE ESTUDIOS INSTITUCIONALES Y PREINVERSION
(Miles de US\$)

ESTUDIO	TOTAL	%
Situación de Salud	800	6,5%
An. Político Institucional	125	1,0%
An. Financiero Sectorial	100	0,8%
Síntesis Diagnostico	100	0,8%
Catastro Físico	1.500	12,2%
Estudios de Prefactibilidad	500	4,1%
Estudios de Factibilidad	3.000	24,4%
Diseños	1.700	13,8%
Proyecto Piloto Desinfección	3.600	29,3%
Experimentos	852	6,9%
Total	\$12.277	100,0%

COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
(Miles de US\$)

SUBCOMPONENTE	TOTAL	%
Mantenimiento	1.635	14,7%
Sistema de Información	2.393	21,6%
Aprovisio. de Insumos	1.813	16,3%
Supervisión Y Monitoreo	1.284	11,6%
Comunicaciones	966	8,7%
Capacitación	1.976	17,8%
Residuos Hospitalarios	1.033	9,3%
TOTAL	\$11.100	100,0%

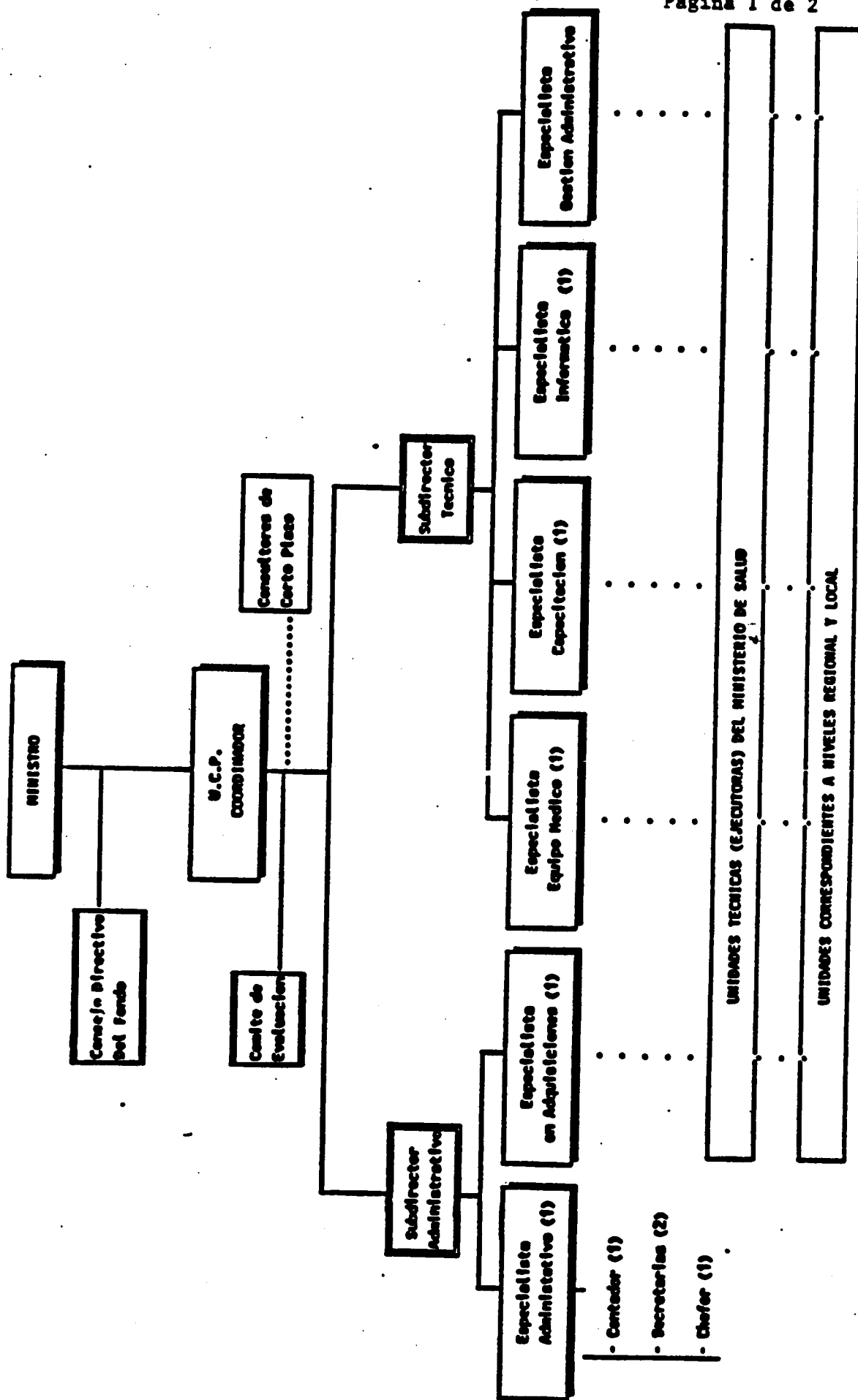
COMPONENTE DE APOYO A LA RED
(Miles de US\$)

RUERO	TOTAL	%
Apoyo a la Gestión	5.000	8,7%
Capacitación	7.500	13,0%
Equipo	40.000	69,6%
Insumos y Repuestos	5.000	8,7%
TOTAL	\$57.500	100,0%

PE-0039

Programa fortalecimiento a los Servicios de Salud

ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LA UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA



PS-0000

PRESUPUESTO OPERATIVO
UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA
(US\$)

Salarios y Prestaciones

Personal	Salario		Total	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	
	Monesal	Mones						
Coordinador	8000	48	144,000	34,000	34,000	34,000	34,000	
Especialista Administrativo	8000	48	84,000	24,000	24,000	24,000	24,000	
Medico Salubrista	8000	48	84,000	24,000	24,000	24,000	24,000	
Especialista Informatico	8000	36	72,000	12,000	24,000	24,000	12,000	
Especialista en Adquisiciones	8000	36	72,000	12,000	24,000	24,000	12,000	
Especialista en Equipamiento	8000	36	72,000	12,000	24,000	24,000	12,000	
Especialista Gestion Admin.	8000	36	72,000	12,000	24,000	24,000	12,000	
Especialista en Capacitaciones	8000	36	72,000	12,000	24,000	24,000	12,000	
Contador	800	48	28,400	8,800	8,800	8,800	8,800	
Secretarias (2)	800	36	48,000	12,000	12,000	12,000	12,000	
Chofer	800	48	14,400	3,600	3,600	3,600	3,600	
			796,800	188,200	228,200	228,200	188,200	
Prestaciones								
30% de los Salarios			239,040	50,760	68,760	68,760	50,760	
Total Salarios y Prestaciones			1,035,840	218,960	297,960	297,960	218,960	80.9

Gastos de Viaje

Boletos Internacionales	1800	4	8,000	1,800	1,800	1,800	1,800	
Boletos Nacionales	800	16	3,000	400	1,000	1,000	800	
Viajes Internacionales	180	20	3,600	800	800	800	800	
Viajes Nacionales	80	75	3,780	825	1,250	1,250	825	
			16,380	3,425	4,850	4,850	3,425	1.0%

Mobiliario y Equipo

Secretarias	400	12	4,800	4,800	0	0	0	
Sillas	800	17	2,400	2,400	0	0	0	
Computadoras	3600	8	28,800	28,800	0	0	0	
Impresoras	1000	2	2,000	2,000	0	0	0	
Fotocopiadoras	1800	1	1,800	1,800	0	0	0	
Telefonos	800	12	2,400	2,400	0	0	0	
Faximile	800	1	800	800	0	0	0	
Vehiculos	25000	2	50,000	50,000	0	0	0	
Otros			10,000	10,000	0	0	0	
			83,200	83,200	0	0	0	8.9%

Gastos Operativos

	2000	48	144,000	34,000	34,000	34,000	34,000	8.9%
--	------	----	---------	--------	--------	--------	--------	------

Fondo para consultores a corto plazo

	1800	182	288,000	144,000	144,000	0	0	16.9%
--	------	-----	---------	---------	---------	---	---	-------

Imprevistos

			122,610	38,233	38,233	38,233	4,911	7.2%
--	--	--	---------	--------	--------	--------	-------	------

TOTAL PRESUPUESTO DE LA UCP 1,700,000 535,818 521,843 377,343 264,496 100.0%

PROYECTO DE REGLAMENTO OPERATIVO DEL FONDO DE INVERSIÓN EN SALUD

I. NATURALEZA

- 1.1 El Fondo de Inversión para Proyectos de Salud (Fondo) es un instrumento financiero de naturaleza temporal, establecido como un mecanismo que posibilite la adecuada canalización de los recursos del componente de Apoyo a la Red de Establecimientos comprendido en el Programa "Fortalecimiento de los Servicios de Salud" (PE-0030).

II. OBJETIVOS

- 2.1 Los objetivos del Fondo son los siguientes:
- a. El financiamiento, de naturaleza no reembolsable, de proyectos de inversión cuyas características estén definidas en el contrato de préstamo CO/--PE, entre la República del Perú y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
 - b. El otorgamiento de asistencia técnica directa, o mediante la contratación de servicios, para la formulación y/o preparación de proyectos susceptibles de financiamiento.

III. RECURSOS

- 3.1 Los recursos del Fondo están constituidos por ingresos provenientes de:
- a. Los aportes del préstamo BID.
 - b. Los aportes de la contrapartida nacional.

IV. ALCANCE DE LA GESTIÓN DEL FONDO

- 4.1 La gestión del Fondo se limitará a la administración de los recursos del Programa que se utilizarán en el financiamiento de los proyectos identificados en las unidades de prestación de servicio a nivel nacional. El Fondo no podrá destinar sus recursos al financiamiento de proyectos fuera del alcance del Programa.

V. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

5.1 Las operaciones del Fondo estarán a cargo de tres instancias, cuyo alcance y facultades son las siguientes:

1. Consejo Directivo

5.2 El Fondo se regirá por un Consejo Directivo que estará integrado por cuatro miembros, el Ministro de Salud o su representante, quien la presidirá, y tres Directores que son:

- El Director Técnico de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa.
- El Director Técnico de la Oficina de Asesoría Jurídica.
- El Director Técnico de la Oficina General de Administración.

5.3 Asimismo, participará en las Sesiones de Directorio el Director de la Unidad Coordinadora de la ejecución del Proyecto con voz pero sin voto.

5.4 Para cada Director Titular se nombraría un suplente.

5.5 Las atribuciones del Consejo Directivo del Fondo son las siguientes:

- a. Aprobar el programa anual de financiamiento.
- b. Aprobar los proyectos de salud.
- c. Compatibilizar las inversiones financiadas por el Fondo con el plan de inversiones nacional.

5.6 La correspondiente reglamentación del Consejo Directivo se presenta como Apéndice 1.

2. Administración

5.7 La máxima autoridad del Fondo es el Ministro de Salud o su representante, quien actuará como Presidente del Consejo Directivo. La Administración del Fondo estará en dos unidades:

a. Administración Financiera

5.8 El manejo efectivo de los recursos del Fondo estará a cargo de la Dirección General de Economía - Unidad de Control Financiero del Ministerio quien tendrá una cuenta especial donde se depositarán los fondos provenientes de los desembolsos del préstamo BID y los aportes de contrapartida. Esta unidad será la encargada de emitir los correspondientes cheques de acuerdo a las instrucciones recibidas por el Director de la Unidad Coordinadora del Programa, previa aprobación del Ministro de Salud.

b. Administración Operativa

- 5.9 Las operaciones de respaldo al Fondo serán ejecutadas por la Unidad Coordinadora del Programa, cuyos objetivos son: (i) Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar el Programa; (ii) coordinar las acciones con las dependencias intra y extra MINSA, entidades públicas y privadas, que se relacionan con los objetivos y ejecución del Programa; (iii) evaluar las solicitudes de financiamiento presentadas, tanto por el MINSA como por las Unidades Regionales; y (iv) brindar asistencia técnica en la preparación de la documentación necesaria para acceder al financiamiento.

APÉNDICE 1 DEL REGLAMENTO

REGLAMENTO OPERATIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO

1. Alcance

El Consejo Directivo tendrá a su cargo la revisión y aprobación de las solicitudes de financiamiento que el Fondo reciba, tanto del Ministerio de Salud como de las Unidades Regionales.

2. Modificaciones

Este Reglamento podrá ser modificado por el Consejo Directivo con el acuerdo del BID.

3. Precedencia

En caso de ausencia del Presidente del Consejo, la reunión, debidamente convocada, o ya iniciada, será presidida por uno de los Directores, de acuerdo a orden de precedencia previamente establecido. El orden de precedencia será establecido en la primera reunión del Consejo que se realice al inicio del año y podrá girar rotativa durante el año.

4. Reuniones del Consejo

El Presidente, o en su ausencia el Director a quien corresponda de conformidad con el orden establecido en la Sección 3 del Capítulo I de este Reglamento, convocará y presidirá las reuniones del Consejo. La convocatoria podrá hacerse en cualquier momento a solicitud escrita de cualquier Director.

5. Agenda de las Reuniones

Para cada Sesión del Consejo, se preparará una Agenda que se distribuirá a los Directores, por lo menos con cinco días hábiles de anticipación, así como los documentos respectivos, consistentes en un resumen ejecutivo para cada solicitud listada en la Agenda.

A solicitud del Presidente o un Director, se postergará por una sola vez y por un período de diez días calendario, la consideración o decisión de una solicitud sometida al Consejo.

Cualquier solicitud de la Agenda de una reunión cuya consideración no haya sido terminada en la misma será automáticamente incluida en la Agenda de la reunión siguiente, a menos que el Consejo lo decida de otro modo.

6. Votaciones

Cuando un Director solicite votación formal sobre una solicitud, cada Director emitirá un voto, quedando facultado el Presidente a doble voto para decidir empates. A falta de tal petición, el Presidente declarará aprobada la solicitud, entendiéndose por consiguiente el acuerdo del

Consejo. Queda siempre a salvo el derecho de los Directores de dejar constancia de sus puntos de vista.

7. Notificaciones a los Directores

Las notificaciones y transmisión de documentación a los Directores se hará por escrito y serán entregadas en horas hábiles en sus respectivas oficinas.

8. Secretario

El Consejo Directivo tendrá un Secretario y el personal necesario para el cumplimiento de sus funciones.

El Secretario será responsable de la preparación de actas de las sesiones del Consejo y de que éstas reflejen el sentido de las discusiones y decisiones. En cada acta, los Directores podrán dejar constancia de sus puntos de vista.

El borrador de las actas se hará llegar a los Directores dentro de cuarenta y ocho horas después de las reuniones, salvo situaciones especiales, pero siempre antes de la próxima reunión.

El Secretario hará llegar al Director de la Unidad Coordinadora del Programa, copia certificada de la Resolución tomada en relación a cada solicitud considerada en las sesiones del Consejo.

El Secretario será responsable de la conservación del libro de las Actas y otros documentos relativos a las actuaciones del Consejo. Llevará un registro con numeración sucesiva de todas las resoluciones, y comprobación de la entrega correspondiente a la Unidad Coordinadora del Programa.

9. Publicaciones

El Consejo Directivo podrá decidir qué información, de la considerada en las sesiones, pueda darse a conocer y autorizará al Presidente a facilitarla.

10. Gastos del Consejo

Los gastos necesarios para el funcionamiento del Consejo serán cubiertos por el presupuesto de la Unidad Coordinadora del Programa.

**APÉNDICE 2 DEL REGLAMENTO
ELEGIBILIDAD DE LAS REDES**

Las sub-regiones deberán presentar información básica sobre las redes seleccionadas en primera instancia, hospital de cabecera, el número y tipo de establecimientos que se incluirían en el Proyecto, el diagrama de distribución territorial de los mismos (mapa) y un esquema primario sobre como está funcionando la sub-región y la red a presentarse.

Este nivel de aceptación preliminar se realizará a partir de la consideración de tres elementos:

1. Inclusión en el área programática

El proyecto de red deberá estar incluido dentro del área programática prioritaria que se defina con el Banco a los efectos del proyecto, según criterios de ingreso familiar y estado de salud de la población del área donde se ubique la red.

2. Nivel sub-región

En este caso, se considera que la sub-región que presenta los proyectos de red deberá estar implementada y operativa, lo que implica que tenga posibilidad real de administrar los recursos que se puedan canalizar para los proyectos si resultaren aceptados.

3. Nivel red

La existencia de una red debe ser efectiva a los efectos del proyecto, por tanto esto se deberá demostrar en la solicitud respectiva al Fondo. Esto implicará que exista un establecimiento hospitalario como cabecera, establecimientos de diversa complejidad que la conformen, y un flujo permanente de usuarios dentro de la misma.

No se establecerá como prerequisite que funcionen los sistemas de referencia y contra-referencia dentro de la red, ya que en gran medida es el propio proyecto de fortalecimiento que está apuntando a dicho objetivo.

4. Nivel establecimientos dentro de la red

a. Criterios sobre infraestructura física

Los establecimientos que se incluyan deberán contar con una construcción que brinde mínimos de seguridad de que los equipos a instalarse estén protegidos contra robo, exposición al sol, aire, lluvia o inundación. También contarán con ambientes de trabajo con espacio suficiente y acondicionados a las necesidades de operación y conservación apropiada a los equipos.

b. Criterios sobre personal

Deberán poseer el personal mínimo necesario para la operación y conservación de los equipos, o garantizar su incorporación en la etapa de preparación del proyecto respectivo de la red.

c. Criterios financieros

Tener el presupuesto aprobado para la operación, conservación y mantenimiento de los equipos, con fondos del Ministerio de Salud y de las Regiones.

d. Criterios económicos

Principio de demanda suficiente de cada establecimiento de la red. Se determinará la elegibilidad desde el punto de vista económico atendiendo principalmente al análisis de la demanda de sus servicios. Esto se realizará por el Comité Evaluador del Fondo Financiero, el que revisará todos los términos de los pasos iniciales de la elegibilidad realizados por los formuladores del proyecto de la red.

APÉNDICE 3 DEL REGLAMENTO

SELECCION Y EVALUACIÓN DE SOLICITUDES (PROYECTOS)

A. Selección

Los criterios de selección variarían de acuerdo al nivel de complejidad de los diversos establecimientos según se expresa en los párrafos siguientes. Una condición común a todos los establecimientos, es que los equipos no requieran instalaciones o construcciones especiales para su utilización y puedan ser fácilmente trasladados de un establecimiento a otro.

1. Equipamiento, medicamentos y otros insumos

a. Medicamentos y otros insumos

Se otorgará a los establecimientos de las redes seleccionadas una dotación inicial básica incremental, necesaria para la puesta en marcha de los equipos reemplazados en las redes de establecimientos beneficiadas por el Programa.

b. Equipamiento

Se aplicarán las guías siguientes:

- (1) A los puestos de salud y los centros de salud sin camas, se les podrá dotar del equipo necesario para alcanzar la capacidad operativa en función de la demanda, en las actividades de su competencia. Son ejemplo de dicho equipo: estetoscopios, esfigmomanómetro, balanza antropométrica, instrumental de curaciones, refrigerador, muebles y archivos.
- (2) A los centros de salud de mayor complejidad, (con camas, servicios de emergencia y servicios técnicos de apoyo diagnóstico o terapéutico) se les podrá dotar de equipamiento y medios de diagnóstico por imagen, esterilización y laboratorio, para que, además de mejorar su capacidad operativa, sirvan efectivamente como centros de referencia. Se les dotaría de equipamiento a los servicios de primeros auxilios, consultas externas, laboratorio básico, hospitalización para las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia), salas de partos y camas para observación y estabilización de pacientes.
- (3) A los hospitales generales se les podrá dotar, en los centros indicados, de equipo básico tales como: (i) Centro Quirúrgico: mesas quirúrgica y auxiliares, lámparas, aparatos de anestesiología, instrumental quirúrgico, y material de enfermería y administración; (ii) cuidados intensivos: monitores de señales vitales, resucitadores y equipo de enfermería; (iii) centros de obstetricia y de neonatología: mesa obstétrica, instrumental quirúrgico y obstétrico, incubadoras y cunas, máquinas de anestesia; (iv) servicios

de emergencia: resuscitador, electrocardiógrafo, y material quirúrgico; (v) servicio de consulta externa: muebles, balanzas antropométricas, mesas de examen, estetoscopios, esfigmomanómetros y otros; (vi) unidades de hospitalización: camas, camillas, sillas de ruedas; (vii) centros de radiología: aparatos de rayos X, procesadores de películas o equipos para cámara oscura, ecógrafos, negatoscopios, fluoroscopios e instrumental de radiología básica; (viii) laboratorio: instrumentos para exámenes parasitológico, hematológico, bioquímico y otros básicos; y (ix) centros de esterilización: autoclaves, hornos para esterilización a seco, mesas de trabajo, cilindros de esterilización, y otros. Adicionalmente, se otorgaría equipos de atención a enfermos hospitalizados, administración, equipo de tele o radiocomunicación y dotación de puestos de enfermería y se haría una dotación selectiva, en puntos estratégicos, de ambulancias u otro medio de transporte y sistemas de comunicación, a fin de interconectar a los integrantes de la Red de Establecimientos y posibilitar el traslado de los pacientes.

Para el caso de los hospitales, los equipos a ser adquiridos deberán cumplir con los criterios siguientes: (i) Menos de US\$1,000 por centro funcional, sin condiciones especiales; (ii) De US\$1,000 a US\$5,000 por centro funcional debe ser acordado con el Banco; (iii) Más de US\$5,000 por centro funcional, deberá cumplir los criterios siguientes:

- (a) responder a las necesidades de las funciones asignadas al establecimiento y al centro funcional 1/ al cual se destina;
- (b) ser de sustitución de equipos existentes o de complementación 2/;
- (c) no exigir gastos superiores al 10% del equipo para su instalación en condiciones adecuadas a su funcionamiento inmediato;
- (d) no cambiar el nivel tecnológico actual del centro;
- (e) contar con el personal básico capacitado para su operación en momento de su instalación 3/;

1/Centro funcional es el conjunto de dependencias, personal y equipo necesarias para el desempeño de actividades finales de consulta, hospitalización o emergencia, tales como centro quirúrgico, centro obstétrico, centro de esterilización, consultorios externos, servicios de emergencia; de apoyo técnico, tales como laboratorios y radiología o de servicios administrativos y generales.

2/ Son complementarios los equipos no existentes anteriormente, pero considerados esenciales o indispensables para el desempeño de las funciones asignadas al establecimiento. Por ejemplo, sería indispensable completar la dotación del centro de esterilización y de anestesia si se equipa el centro quirúrgico.

3/ El nivel de gobierno correspondiente podría contratar el personal necesario antes de la aprobación de la solicitud.

- (f) existir el compromiso por parte del nivel de gobierno correspondiente de mantener los equipos, de acuerdo con las condiciones contractuales.
- (g) ser removible o transferible de un establecimiento a otro sin daños.

2. Apoyo a la gestión de los establecimientos

En los establecimientos de las redes seleccionadas se diseñarán y llevarán a cabo sistemas sencillos de manejo gerencial, a fin de fortalecer la capacidad administrativa básica e instituir la articulación funcional con los otros establecimientos de la Red, garantizar la disponibilidad de recursos críticos e identificar formas en que la comunidad pueda participar en la gestión.

3. Capacitación

En los establecimientos de las redes seleccionadas se impartirá capacitación orientada a mejorar el nivel de calificación y conocimiento de profesionales y técnicos a nivel local con el propósito de lograr el eficiente funcionamiento de la Red de Establecimientos en cada unidad espacial y fortalecer a su vez a cada establecimiento que la conforma. Incluiría actividades de capacitación en las áreas técnicas administrativas y de servicios de apoyo.

B. Evaluación de las solicitudes

Los criterios para la evaluación de proyectos especificados en este Reglamento, deberán ser complementados estableciendo parámetros concretos de elegibilidad al Fondo. Con este propósito, cuando se tenga un mínimo de solicitudes provenientes de cinco redes se realizará una misión técnica a fin de terminar de definir dichos parámetros.

1. Criterios Básicos para evaluar el equipo

El equipo solicitado será aprobado e incluido siempre que se cumpla con los siguientes criterios de evaluación:

- (1) Que exista la demanda
- (2) Que exista el personal
- (3) Que se realice la actividad para la cual fueron solicitados (Presentar documento de programación de actividades solo para Hospitales y Centros de Salud), y
- (4) Que el equipo es el principal factor que incide en la eficiencia del servicio.

Se considera como equipo a incluir en los proyectos aquellos que impliquen:

- (1) Reemplazo por obsolescencia (física y tecnológica).

(2) Reemplazo por irreparabilidad.

(3) Por insuficiencia frente a la demanda comprobada, siempre que exista las condiciones físicas de espacio e instalaciones que lo permitan.

a. Evaluación Técnica

Con respecto al equipamiento de los Establecimientos elegibles dentro de las redes.

- (1) Se analizarán los aspectos relacionados con la infraestructura de los establecimientos seleccionados, asegurando que servirán de soporte adecuado a los servicios reequipados que se programen en el Proyecto. Particularmente se considerarán establecimientos que cuenten con saneamiento y agua potable, o se incluirá equipo adecuado en este último caso.
- (2) El equipamiento se realizará en función del nivel y del rol de Establecimientos dentro de la red, de acuerdo a los siguientes criterios:
 - (a) Los hospitales de cabecera de las redes tendrán asegurados un equipamiento mínimo compatibles con su nivel de complejidad (I a V).
 - (b) Los hospitales de apoyo a las redes tendrán el equipamiento mínimo suficiente para cumplir el apoyo debido a la red, lo que en algunos casos significará solamente remover "cuellos de botella" de los servicios. De esta forma se tenderá a evitar cualquier posible duplicación de equipamientos hospitalarios que redunde en ineficiencias del Programa.
 - (c) Los puestos y centros de Salud tendrán un equipamiento mínimo básico ajustable en función de la cobertura efectiva que presenten.
 - (d) La evaluación técnica determinará si los equipamientos solicitados se ajustan a los niveles de atención y roles pre-definidos, y hará las recomendaciones necesarias al respecto.

b. Evaluación institucional

Se trata de evaluar la capacidad institucional de ejecutar con éxito el proyecto presentado, lo que incluye:

- (1) Evaluar a partir de la información planteada en el Proyecto que el nivel de avance en la organización y la disponibilidad presente y futura de los recursos humanos necesarios para que el Ministerio de Salud, la Región y la Sub-Región otorguen sustento adecuado al Proyecto propuesto. Este punto requiere que se avance en una política de recursos humanos adaptada a las necesidades del Proyecto y que la misma esté implantada en las Regiones y Sub-Regiones específicas.

- (2) Analizar los mecanismos vigentes y propuestos para la preparación, aprobación, ejecución y control de los presupuestos, para los movimientos de fondos entre el nivel central y regional y los Establecimientos de la Red, y en las compras y adquisiciones. Verificar que estos mecanismos no discriminan ni afectan a las unidades más débiles dentro del sistema (puestos y centros de salud).
- (3) Evaluar los esquemas operativos diseñados para la operación de las redes a fortalecer, con atención sobre el impacto sobre las redes no incluidas en el Proyecto. Verificar que la capacidad de gestión requeridas por parte de la o las redes fortalecidas y de las demás se encuadra dentro de las posibilidades de administración por parte de la Región y de la Sub-región.
- (4) Analizar los mecanismos de auditoría interna existentes y la periodicidad, compararla con pautas pre-establecidas.

c. Evaluación financiera

Se trata de asegurar que el proyecto dispondrá de los fondos requeridos para su operación luego de realizarse el equipamiento, la capacitación y el fortalecimiento de la gestión de la Red; así como evaluar si los costos unitarios son apropiados en relación a costos estimados aceptables en función de niveles predominante en el país para cada tipo de servicio y nivel de atención.

- (1) Analizar el impacto de los costos incrementales sobre los presupuestos operativos de la Región y las asignaciones centrales del Ministerio verificando que dichos costos han sido estimados correctamente dentro de las previsiones de gastos de los Establecimientos y de la Red en su conjunto.
- (2) Analizar la estructura del financiamiento de la red y sus Establecimientos, considerando el aporte de ingresos propios de los Establecimientos (auto-financiamiento a través del cobro de tarifas por servicios), el aporte regional y el central. Verificar la compatibilidad con otros compromisos presupuestarios y con posible restricción existente al gasto en los diversos niveles del Ministerio y de las Regiones.

d. Evaluación Socioeconómica

Se trata de evaluar la existencia de demanda suficiente y de costos unitarios de los servicios a prestar que no están desalineados con respecto a niveles aceptables en el país.

- (1) Demanda de los servicios. Evaluar que cada Establecimiento incluido dentro del Proyecto de red tenga identificado un nivel de demanda adecuado (que supere un mínimo pre-determinado a definirse) para los distintos servicios.

- (2) Se verificará que la procedencia de los demandantes sustenta la demanda de cada establecimiento.
- (3) La evaluación deberá determinar que el dimensionamiento sea apropiado, tanto en función del número de establecimientos incluidos como también asegurar que las proyecciones de demanda son adecuadas. Verificar los criterios de proyección y complementarlos y ajustarlos.
- (4) La evaluación deberá determinar con especial claridad si se estima que la política de tarifas sobre los servicios en los establecimientos es una traba para el adecuado acceso de los demandantes de menor nivel de ingreso, y proponer ajustes en función de encuestas que se podrán pedir en forma complementaria para dilucidar este punto.
- (5) El especialista socio-económico trabajará en esta área en estrecha colaboración con el Especialista Financiero.
- (6) Se establecerá una pauta conjunta de evaluación con el especialista financiero en lo relativo a la estructura y nivel de los costos totales y unitarios que surjan de las propuestas de los Proyectos, identificando particularmente los que no resulten justificados o sean muy elevados en función de parámetros pre-fijados.
- (7) Costos unitarios por tipo de Establecimiento y por tipo de atención (costo por egreso, costo por consulta, costo de acciones del primer nivel de atención de acuerdo a los programas principales que existan, pueden ser costos globales por persona cubierta en los puestos de salud donde no exista médico).
- (8) En función de los costos de la alternativa o alternativas seleccionadas, el especialista económico evaluará cual es la alternativa de mínimo costo, o que, considerando que el Proyecto implicará una mejora en la eficacia, que los costos de la alternativa seleccionado no determinan una alternativa igualmente eficaz de menor costo. Se aplicará principalmente la metodología de costo-eficiencia.
- (9) Se prestará atención a que los proyectos de las redes se orienten a beneficiarios de los estratos de menor ingreso per-cápita, atendiendo para esto los niveles prevalecientes de acuerdo a la metodología del BID.

2. Reporte de evaluación

Al completarse la evaluación integral del proyecto, se preparará un REPORTE DE EVALUACION con el cual se presentará el proyecto a consideración del Comité de Evaluación, quien posteriormente lo remitirá, con las recomendaciones del caso, al Director de la UCP para ser finalmente elevado al Consejo Directivo del Fondo.

APENDICE 4 DEL REGLAMENTO

**PROCESO, MECANISMOS Y TIEMPOS EN QUE SE PROPORCIONARÁ LA ASISTENCIA
TECNICA Y EL APOYO PARA LA PREPARACIÓN DE LAS SOLICITUDES**

1. La Unidad Administradora de la Red (Sub-Región), podrá contar con asistencia técnica durante la preparación de la solicitud.
2. La asistencia técnica se brindará a través de Consultores Nacionales especialistas en las áreas de equipamiento, capacitación y gestión; quienes se desplazarán a las redes a fin de contribuir directamente con el equipo técnico local encargado de preparar la solicitud.
3. La Unidad Administradora de la Red (Sub-Región), prestará las facilidades de espacio físico para el desarrollo de la labor de los Consultores así como el transporte para su desplazamiento a cada uno de los Establecimientos que conforman la Red.
4. Los consultores que brindarán asistencia técnica contarán para efectos de su labor con el siguiente recurso material.
 - Guía de Orientación para Preparación y Evaluación de las Solicitudes de Apoyo a la Red Asistencial.
 - Listado de equipos con costos unitarios y códigos de uso.
 - Listado de posibles cursos de capacitación y sus costos.
 - Listado con posibles áreas problema en el campo de la gestión y alternativas de solución y sus costos.
5. El material arriba indicado será de uso exclusivo del consultor y se utilizará después de que el nivel local haya identificado sus necesidades y posibles soluciones.

APÉNDICE 5 DEL REGLAMENTO

INFORMACIÓN QUE DEBEN CONTENER LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA
PARA LA CONTRATACION DE LOS CONSULTORES
PARA LOS SUBCOMPONENTES DE GESTION Y CAPACITACION

1. Área de Especialización

a. Requisitos:

Describir la formación (títulos académicos de profesión y postgrado) y la experiencia mínima (en años de servicio por área de especialización o tipo de tarea) necesaria para desempeñar adecuadamente las labores o tareas que se describen.

b. Objetivos:

Describir el objetivo general de la misión o del conjunto de consultores que se están contratando.

Describir el objetivo específico de la consultoría individual dentro del equipo.

c. Tareas:

Describir detalladamente cada una de las actividades y tareas que se espera que el consultor realice. Ser suficientemente específico para que se pueda eventualmente dispensar "briefings". Agregar una cláusula que diga que al consultor se podrá solicitar que se realicen otras tareas vinculadas a las descritas.

d. Productos Esperados:

Describir los productos intermediarios y finales que el consultor deberá producir, tales como informes, manuales, etc. especificar el contenido y las características de cada producto.

e. Duración:

Estimar el tiempo en días (hasta cinco), en semanas (hasta tres) o en meses.

f. Otras Condiciones:

Establecer si desarrollará sus tareas en el área en la cual ha sido reclutado o en otras áreas. Especificar cuanto tiempo en cada situación. Estimar el número y duración de los viajes.

APÉNDICE 6 DEL REGLAMENTO

**GUIAS RELATIVAS AL SUBCOMPONENTE DE
CAPACITACIÓN**

1. Definición del problema:

Presentar una síntesis del problema que se desea resolver con la actividad propuesta.

2. Objetivos:

Enumerar cada uno de los objetivos de la actividad de capacitación.

3. Resultados esperados:

Describir claramente los productos y resultados esperados de la actividad propuesta de capacitación. Asegurarse de que se definan claramente lo que se espera de los participantes al final de cada etapa de la actividad propuesta, expresada en términos de conocimientos, actitudes o comportamientos observables, destrezas psicomotoras, etc. En la definición de los resultados usar verbos que definan acciones concretas tales como: identificar (soluciones alternativas), definir (decisiones), ejecutar (acciones), analizar (datos, información), proponer (solución), etc. No usar verbos que definan acciones o comportamientos no observables como: conscientizar, familiarizarse, etc.

4. Criterios de evaluación

Definir desde el inicio cuales son los criterios de aceptabilidad del aprendizaje en relación a los resultados esperados definidos.

5. Definición de estrategia y técnicas de capacitación:

Definir si la estrategia es de adiestramiento en servicio, seminarios, educación programada, simulación, resolución de problemas, etc. según más convenga para el logro de los resultados esperados.

6. Identificación de contenidos:

Definir los contenidos temáticos para lograr los resultados esperados.

7. Organización de la secuencia de aprendizaje:

Organizar los contenidos no necesariamente en disciplinas, pero en secuencia lógica para el aprendizaje, a partir de los conocimientos básicos, destrezas más simples, etc.

8. Selección de docentes:

Identificar los docentes si es posible a través de criterios previamente establecidos. Indicar si son funcionarios de los servicios del gobierno o si son consultores.

9. Material docente:

Describir el material y el equipo necesario para el desarrollo de la actividad, diferenciando los que serían adquiridos o preparados con recursos de la operación, de aquellos que serían tomados por préstamo o que no necesitan ser preparados.

10. Selección del local de la capacitación:

Identificar claramente el (los) locales de la capacitación, de preferencia con dirección, sala, etc.

11. Determinación de la carga horaria:

Esta es una determinación resultante de las consideraciones anteriores y no simplemente una definición inicial, antes de contar con todas las definiciones y decisiones.

12. Preparación del calendario de actividades:

Preparar un calendario marcando fechas tentativas para los eventos más importantes.

13. Estimación del Presupuesto:

Estimación por categoría de gasto. Usar clasificación comparable a las utilizadas por el Banco.

PROYECTO DE RESOLUCION ¹

PERU. PRESTAMO /OC- A LA REPUBLICA DEL PERU
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República del Perú, como Prestatario para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de fortalecimiento de los servicios de salud, en adelante denominado "el Programa". Este Financiamiento se sujetará sustancialmente a las siguientes disposiciones:

1. Monto y monedas: Hasta US\$68.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la del Perú, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, para pagar bienes y servicios adquiridos mediante competencia internacional en los países miembros del Banco y para los otros propósitos que se indiquen en el contrato de préstamo. Los pagos de las amortizaciones y de los intereses se efectuarán en la moneda o monedas que el Banco oportunamente especifique, en una suma equivalente al correspondiente monto adeudado, calculada por unidades de cuenta en términos de dólares de los Estados Unidos de América, de conformidad con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo.
2. Fuente de los fondos: Los recursos del Capital Ordinario del Banco.
3. Garantía: La responsabilidad general del Prestatario.
4. Comisión de crédito: El 0,75% por año sobre la parte no desembolsada del Financiamiento, comisión que comenzará a devengarse a los 60 días de la fecha del contrato de préstamo y que se pagará en dólares de los Estados Unidos de América en las mismas fechas que los intereses.

¹ Las disposiciones contenidas en este Apéndice I y en los Apéndices II y III sólo serán definitivas cuando el Directorio Ejecutivo haya aprobado la propuesta de préstamo.

5. Amortización: El Prestatario amortizará el préstamo en un plazo de 25 años contados a partir de la fecha del contrato de préstamo, mediante cuotas semestrales, consecutivas y en lo posible iguales. La primera cuota se pagará en la primera fecha en que deba efectuarse el pago de intereses, luego de transcurridos seis meses de la fecha prevista para el último desembolso del Financiamiento.
6. Interés: Los intereses serán liquidados sobre los saldos deudores diarios del préstamo y deberán ser pagados semestralmente por el Prestatario. El primer pago se efectuará a los seis meses de la fecha del contrato de préstamo. El Banco determinará las tasas de interés que se aplicarán durante la vigencia del préstamo, de conformidad con la política del Banco sobre tasa de interés. Durante el período de desembolso y a solicitud del Prestatario, podrán abonarse los intereses con recursos del Financiamiento.
7. Compromiso y desembolso: El plazo para comprometer los recursos del financiamiento correspondiente al componente de Apoyo a las Redes de Establecimientos de Salud ("Redes") referido en el párrafo 2.5 del Apéndice III, será de tres años contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo y el plazo de desembolso del Financiamiento será de cuatro años contados a partir de esa misma fecha.
8. Condiciones especiales:
 - (a) La ejecución del Programa y la utilización de los recursos del préstamo deberán ser llevadas a cabo en su totalidad por el Prestatario por intermedio del Ministerio de Salud, en adelante el "Organismo Ejecutor" o "MINSA" que ejecutará el Programa por conducto de la Unidad Coordinadora del Programa ("UCP"), en coordinación con las unidades técnicas del MINSA y, en lo que se refiere el párrafo 2.3 del Apéndice III, con la Comisión Inter-institucional.
 - (b) Los recursos del préstamo se destinarán a participar en la ejecución de un Programa cuyo costo total se estima en el equivalente de US\$98.000.000. En consecuencia, el contrato de préstamo deberá contener las disposiciones apropiadas para asegurar que se proporcionarán oportunamente, de acuerdo con un plan de inversiones satisfactorio al Banco, los recursos adicionales a los del préstamo que se requieran para la completa ejecución del Programa, en una suma que se estima en el equivalente de US\$30.000.000, que podrá incluir hasta el equivalente de US\$20.000.000 de financiamiento paralelo.
 - (c) Antes del primer desembolso del Financiamiento, el Prestatario por intermedio del Organismo Ejecutor deberá presentar a satisfacción del Banco evidencia de que:
 - (i) la UCP ha sido legalmente establecida y que han sido contratados, de conformidad con términos de referencia

acordados previamente con el Banco, el Director, los dos Subdirectores y el personal adicional necesario para iniciar el Programa;

- (ii) la Comisión de Coordinación Inter-institucional del Programa ha sido creada conforme con términos de referencia previamente acordados con el Banco;
 - (iii) se ha establecido una cuenta especial en la cual se depositarán los recursos del Financiamiento;
 - (iv) se ha formalizado el Reglamento Operativo del Fondo de Inversiones en Salud referido en el párrafo 2.5 del Apéndice III;
 - (v) se ha celebrado el convenio entre la Organización Panamericana de Salud ("OPS/OMS") y el MINSA, de acuerdo con términos previamente acordados con el Banco y de conformidad con la legislación nacional aplicable, mediante el cual la OPS/OMS deberá comprometerse a prestar asesoría al MINSA en la contratación y supervisión de la consultoría necesaria para: (1) los componentes de Estudios Institucionales y de Preinversión y Fortalecimiento Institucional referidos en el Capítulo II, literales (a) y (b) respectivamente, del Apéndice III; (2) los subcomponentes de gestión y capacitación referidos en los subincisos 2.5(ii) y 2.5(iii) del Apéndice III; y (3) la elaboración de las especificaciones técnicas así como la supervisión de la instalación del equipo, medicamentos y otros insumos que serán adquiridos dentro del componente de Apoyo a las Redes referido en el párrafo 2.5 del Apéndice III;
 - (vi) se ha celebrado el convenio entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ("PNUD") y el MINSA, de acuerdo con términos acordados con el Banco y la legislación nacional aplicable, en el cual el PNUD se comprometa a prestar su asesoría al MINSA en las adquisiciones de los equipos, medicamentos y otros insumos referidos en el párrafo 2.5 del Apéndice III; y
 - (vii) ha elaborado el Plan Operativo anual para el primer año calendario, con base en las pautas establecidas en el párrafo 7.1 del Apéndice III.
- (d) Antes de cualquier desembolso destinado a financiar el apoyo a las Redes descrito en el Apéndice III, el Organismo Ejecutor deberá haber recibido y estudiado las cinco primeras solicitudes de financiamiento de las Redes, y en base a ello, haber preparado un informe, satisfactorio al Banco, que contenga sus recomendaciones sobre posibles ajustes a los criterios de elegibilidad contenidos

en el Reglamento Operativo.

- (e) Con la aceptación del Banco, de los recursos del Financiamiento se podrá utilizar hasta el equivalente de US\$500.000, para financiar gastos relacionados con servicios de consultoría en la preparación del Programa, que hayan sido efectuados dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de esta resolución, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los previstos en la presente resolución y en el contrato de préstamo.
- (f) En la adquisición de equipos y otros bienes relacionados con el Programa deberá utilizarse el sistema de licitación pública en todos los casos en que el valor de las adquisiciones exceda el equivalente de US\$250.000. Las licitaciones se sujetarán a los procedimientos que constarán como anexo del contrato de préstamo. Esta disposición no se aplicará a las adquisiciones que se realicen con recursos provenientes de créditos de proveedores o de otras fuentes de crédito.
- (g) El Banco establecerá los procedimientos de inspección que juzgue necesarios para asegurar el desarrollo satisfactorio del Programa y el Prestatario deberá proporcionar toda la cooperación que se requiera para el mejor cumplimiento de este propósito. Del monto del Financiamiento se destinará la suma de US\$680.000 para que ingrese en las cuentas del Banco por concepto de inspección y vigilancia generales.

RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda que en el contrato de préstamo, se incluyan, además de las condiciones que aparecen en el proyecto de resolución, las siguientes, que deberán cumplirse a satisfacción del Banco:
1. El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentar al Banco, durante la ejecución del Programa, a partir del primer año de vigencia del contrato de préstamo y a más tardar 60 días antes de la finalización de cada año calendario, el Plan Operativo anual para el año calendario siguiente y dentro del plazo de 60 días a partir del inicio de cada año calendario el informe de ejecución del Plan Operativo correspondiente al año anterior, de acuerdo con las pautas que se indican en el párrafo 7.1 del Apéndice III.
 2. Salvo que las partes lo acuerden de otra manera, antes de convocar a cada licitación pública, o si no correspondiere convocar a licitación, antes de la adquisición de los bienes, el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentar a la consideración del Banco las especificaciones, los presupuestos y los demás documentos necesarios para la adquisición de bienes y para la convocatoria.
 3. Antes del primer llamado a licitación de equipos, medicamentos y otros insumos a ser obtenidos para el Programa, el Organismo Ejecutor deberá establecer una Comisión de Recepción de Bienes cuyo propósito será la verificación, certificación y recepción de los bienes adquiridos, así como la verificación de que dichos bienes llegaron a su correcto destino.
 4. Para cada uno de los estudios incluidos en el componente de Estudios Institucionales y de Preinversión referidos en el literal (a) del Capítulo II del Apéndice III, el Organismo Ejecutor no podrá convocar el concurso de mérito para: (a) los estudios de prefactibilidad, hasta tanto el Banco haya aprobado los estudios generales correspondientes; (b) los estudios de factibilidad, hasta tanto el Banco haya aprobado ya sea los estudios de prefactibilidad correspondientes o, de ser necesario, los resultados del estudio experimental de integración del sector público con el sector privado; y (c) los diseños, hasta tanto el Banco haya aprobado los estudios de factibilidad correspondientes cuando sea aplicable.
 5. Dentro de nueve meses contados a partir de la fecha del contrato de préstamo, el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá contratar, de conformidad con términos de referencia acordados con el Banco: (a) los servicios de consultoría necesarios para llevar a cabo la ejecución del componente de fortalecimiento institucional referido en el

párrafo 2.4 del Apéndice III; y (b) los servicios de consultoría referidos en el párrafo 2.2 del Apéndice III.

6. Dentro de nueve meses contados a partir de la fecha del contrato de préstamo, el Organismo Ejecutor deberá presentar al Banco el convenio entre la OPS/OMS y el MINSA, de acuerdo con términos acordados con el Banco y la legislación nacional aplicable, mediante el cual la OPS/OMS se comprometa a llevar a cabo el estudio experimental de desinfección de agua y alimentos, dentro del componente de estudios de preinversión referido en el párrafo 2.2 del Apéndice III.
7. El Prestatario se compromete a: (a) que los equipos comprendidos en el Programa serán mantenidos adecuadamente de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas; y (b) presentar al Banco, durante los cinco años siguientes a la terminación de la primera adquisición de equipos, y dentro del primer trimestre de cada año calendario, un informe sobre el estado de dichos equipos y el plan anual de mantenimiento para ese año, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 6.3 del Apéndice III. Si de las inspecciones que realice el Banco, o de los informes que reciba, se determina que el mantenimiento se efectúa por debajo de los niveles convenidos, el Prestatario deberá adoptar las medidas necesarias para que se corrijan totalmente las deficiencias.
8. El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentar al Banco:
 - (a) dentro del plazo de seis meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo: (i) los datos básicos iniciales, cuyas categorías se señalan en el párrafo 8.3 del Apéndice III; y (ii) la descripción del procedimiento que se utilizará para compilar y procesar los datos anuales que deban ser comparados con los datos básicos iniciales para evaluar los resultados del Programa;
 - (b) Dentro de los 18 meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo los datos básicos iniciales señalados en el literal anterior revisados por las partes;
 - (c) Dentro de los 24 meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo, un informe de evaluación intermedia, y, anualmente, a partir de los 36 meses de la misma fecha, hasta el segundo año después del desembolso final del Financiamiento informes de evaluación en los que se recopilarán datos anuales siguiendo los mismos lineamientos de los datos básicos iniciales referidos en los literales anteriores;
 - (d) Al final del segundo año contado desde el desembolso final del Financiamiento, un informe de evaluación ex-post

siguiendo la metodología a la que se hace referencia en el literal (a) anterior.

9. Los estados financieros del Programa, durante su ejecución, deberán presentarse anualmente al Banco y deberán ser dictaminados por una firma de contadores públicos independiente aceptable para el Banco.

B. En el contrato de préstamo deberá incluirse un anexo de contenido sustancialmente similar al del Apéndice III.

EL PROGRAMA

Anexo A del Contrato de Préstamo

I. Objetivos

1.1 El Programa tiene tres propósitos fundamentales:

- (a) Empezar estudios y acciones concretas que permitan preparar programas de reformas sectoriales de mayor alcance, tomando en cuenta el papel de la seguridad social y de los otros entes que prestan servicios públicos y privados de salud.
- (b) Fortalecer al Ministerio de Salud ("MINSA") en su papel de ente normativo del sector, así como a las entidades descentralizadas en su carácter de coordinadoras y normativas en sus ámbitos respectivos.
- (c) Crear las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de la atención pública de salud en las áreas más pobres, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los establecimientos y la dotación de los equipos básicos para restablecer la capacidad de entrega de las actividades prioritarias de salud.

II. Descripción

2.1 El Programa comprende los tres componentes que se indican a continuación:

(a) Estudios Institucionales y de Preinversión

2.2 Estos estudios tienen como objetivos: (i) llevar a cabo el ordenamiento del sector e introducir ajustes en las políticas para definir una nueva estructura y organización del sector; (ii) crear las bases para una operación de reforma estructural del sector; y (iii) preparar un programa de inversiones prioritarias de corto y mediano plazo. Dichos estudios incluirán: estudios generales, experimento de integración con el sector privado, prefactibilidad, factibilidad y diseños, y experimento de desinfección de aguas y alimentos.

2.3 Para orientar el contenido y resultado de los estudios bajo este componente, será creada la Comisión Inter-institucional, en la que participarán, por lo menos, representantes de los ministerios de Economía y Finanzas y el de Salud. Dicha comisión tendrá como funciones garantizar que los estudios: (i) sirvan efectivamente para la toma de decisiones sobre reformas institucionales y de políticas sectoriales; y (ii) sean

compatibles con los ajustes y reformas institucionales y de políticas que se realicen a nivel nacional.

(b) Fortalecimiento Institucional

- 2.4 Este componente comprenderá el diseño e implantación de siete sistemas técnico-administrativos que fortalecerán áreas identificadas como críticas. Dichos sistemas son los de supervisión y control, aprovisionamiento de insumos críticos, mantenimiento, comunicaciones, manejo de residuos hospitalarios, información y formación de recursos humanos.

(c) Apoyo a las Redes de Establecimientos de Salud

- 2.5 Este componente tiene por objeto producir un aumento inmediato en cantidad y calidad en la atención preventiva y curativa básica. Consistirá en la ejecución de proyectos aprobados por el Fondo de Inversiones en Salud ("Fondo") para el fortalecimiento de puestos y centros de salud y hospitales generales agrupados en Redes de Establecimientos. Dicho fortalecimiento se hará a través de la provisión de equipos básicos, medicamentos y otros insumos así como del mejoramiento de la gestión y capacitación. Adicionalmente, en las áreas donde puedan existir solicitudes de proyectos elegibles se realizarán actividades de asistencia técnica para la preparación de dichas solicitudes. Este componente se regirá por un Reglamento Operativo del Fondo el que contendrá los criterios de manejo del mismo y de elegibilidad y evaluación de los proyectos. El Reglamento deberá ser revisado por el Organismo Ejecutor y el Banco una vez presentadas las cinco primeras solicitudes de proyectos de la Red de Establecimientos, según lo estipulado en el párrafo 8.2 de este Anexo. Este componente incluye: (i) suministro de equipamiento básico, medicamentos y otros insumos; (ii) apoyo a la gestión de los establecimientos; y (iii) capacitación.

III. Costo del Programa y plan de financiamiento

- 3.1 El costo estimado del Programa es el equivalente de US\$98.0 millones, según la siguiente distribución por categorías de inversión y por fuentes de financiamiento:

CUADRO DE COSTOS TOTALES EN MILES DE US\$ FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PERU					
Categorías	BID	CO-FIN.	LOCAL	TOTAL	% Total
1. Administración	700	0	1.000	1.700	1,7%
2. Costos Directos	59.177	20.000	5.700	80.877	82,5%
2.1 Proyectos	37.500	20.000	0	57.500	58,7%
2.2 Fortalecimiento Inst.	6.100	0	5.000	11.100	11,3%
2.2.1 Consultorías	4.600	0	5.000	9.600	9,6%
2.2.2 Equipo	1.500	0	0	1.500	1,5%
2.3 Preinversión	11.577	0	700	12.277	12,5%
3. Costos Concurrentes	1.629	0	990	2.309	2,4%
3.1 Agencias Internacion.	1.629	0	0	1.629	1,7%
3.2 Personal Incremental	0	0	186	186	0,2%
3.3 Suministros	0	0	396	396	0,4%
3.4 Mantenimiento	0	0	98	98	0,1%
4. Sin Asignación Especifica	305	0	199	504	0,5%
4.1 Imprevistos	305	0	199	504	0,5%
5. Costos Financieros	10.189	0	2.421	12.610	12,9%
5.1 Intereses	9.509	0	1.426	10.935	11,2%
5.2 Comisión de Crédito	0	0	995	995	1,0%
5.3 F.I.V.	680	0	0	680	0,7%
TOTAL	68.000	20.000	10.000	98.000	100,0%
% Fondo/Programa	70%	20%	10%	100%	

IV. Licitaciones

- 4.1 Cuando los bienes y servicios que se adquirieran o contraten para el Programa, incluidos los relacionados con transporte y seguros, se financien total o parcialmente con divisas del Financiamiento, los procedimientos y las bases específicas de las licitaciones u otras formas de contratación deberán permitir la libre concurrencia de proveedores de bienes y servicios originarios de países miembros del Banco. En consecuencia, en los citados procedimientos y bases específicas de las licitaciones o concursos, no se establecerán condiciones que impidan o

restrinjan la oferta de bienes o la concurrencia de contratistas originarios de esos países.

- 4.2 Cuando se utilicen otras fuentes de crédito que no sean los recursos del Financiamiento ni los de la contrapartida local, el Prestatario podrá convenir con el financiador el procedimiento que deba seguirse para la adquisición de bienes y servicios. Sin embargo, a solicitud del Banco, el Prestatario deberá demostrar la razonabilidad tanto del precio pactado o pagado por la adquisición de dichos bienes y servicios, como de las condiciones financieras de los créditos. El Prestatario deberá demostrar asimismo que la calidad de los bienes satisface los requerimientos técnicos del Programa.

V. Servicios de consultoría

- 5.1 En la selección y contratación de servicios de consultoría financiados total o parcialmente con recursos del Financiamiento: (a) deberán aplicarse los procedimientos acordados con el Banco, y (b) no podrán establecerse disposiciones o estipulaciones que restrinjan o impidan la participación de consultores originarios de los países miembros del Banco.
- 5.2 En lo que respecta a servicios de consultoría financiados con recursos de la contrapartida local, el Banco se reserva el derecho de revisar y aprobar, antes de que el Prestatario proceda a la contratación correspondiente, los nombres y antecedentes de las firmas o consultores individuales seleccionados, los términos de referencia y los honorarios acordados.

VI. Mantenimiento

- 6.1 El propósito del mantenimiento es conservar los bienes comprendidos en el Programa en las condiciones de operación en que se encontraban al momento de su instalación, dentro de un nivel compatible con los servicios que deban prestar.
- 6.2 El primer plan anual de mantenimiento deberá corresponder al año fiscal siguiente al de la adquisición del primer grupo de equipos obtenidos con los recursos del Programa.
- 6.3 El plan anual de mantenimiento deberá incluir: (a) los detalles de la organización responsable del mantenimiento, el personal encargado y el número, tipo y estado de los equipos destinados al mantenimiento; (b) la información relativa a los recursos que serán invertidos en mantenimiento durante el año corriente y el monto de los que serán asignados en el presupuesto del año siguiente; y (c) un informe sobre las condiciones del mantenimiento.

VII. Plan Operativo

- 7.1 El Plan Operativo anual referido en la Recomendación A.1 del Apéndice II deberá incluir por lo menos una descripción de las actividades contempladas, presupuesto, cronograma de desembolso y modalidad de ejecución así como de los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa.

VIII. Seguimiento y evaluaciones

1. Inicio de ejecución

- 8.1 Dentro del plazo de tres meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo, el Banco realizará, conjuntamente con el MINSA, una misión técnica al Perú para llevar a cabo actividades relacionadas con la puesta en marcha del Programa, en todos sus aspectos técnicos, metodológicos y financieros.

2. Evaluación del primer grupo de solicitudes de Apoyo a las Redes

- 8.2 El Prestatario por intermedio del Organismo Ejecutor someterá al Banco, para su aprobación, sus recomendaciones basadas en un primer grupo de solicitudes provenientes de cinco redes. Con base en este primer grupo de solicitudes se determinará, conjuntamente con la UCP, los parámetros cuantitativos y los criterios de elegibilidad definitivos a ser incorporados en el Reglamento Operativo del Fondo.

3. Informe inicial

- 8.3 El informe inicial que contendrá los datos básicos referidos en el inciso (a) de la Recomendación A.8 del Apéndice II deberá incluir para cada componente, la información siguiente:

- (a) Preinversión: (i) términos de referencia de las consultorías programadas; (ii) cronograma de actividades; y (iii) presupuesto.
- (b) Fortalecimiento del MINSA: (i) términos de referencia para la contratación de la consultoría; (ii) cronograma de trabajo, (iii) presupuesto; y (iv) indicadores sobre las condiciones de los siete sistemas administrativos.
- (c) Apoyo a las Redes: (i) cronograma de trabajo; (ii) presupuesto tentativo anual basado en el número de redes que se programa atender; y (iii) datos básicos por establecimiento de cada red, tales como: (1) tamaño de la población beneficiaria; (2) número de consultas, inmunizaciones, visitas domiciliarias, etc.; (3) cobertura efectiva por programa de salud (materno-infantil, enfermedades transmisibles y otras); (4) nivel de ocupación de los establecimientos

hospitalarios por departamento o servicio; (5) índice de altas por servicio y tipo de resultados (cura, transferencia, mejora sin cambios, voluntaria y defunción) en establecimientos hospitalarios; (6) volumen de referencias y contra-referencias entre hospitales, centros y puestos de salud; (7) establecimientos con sistemas de administración financiera en operación; (8) costos de hospitalización, consultas externas y de emergencias por departamento o servicio; (9) costos de atención en centros y puestos de salud (personal, medicamentos y otros variables); (10) costos de mantenimiento de equipos e infraestructura; (11) índice de personal capacitado; y (12) encuesta de bajos ingresos.

4. Evaluación intermedia e informes anuales

- 8.4 El Prestatario por intermedio del Organismo Ejecutor someterá al Banco un informe de evaluación intermedia e informes de evaluación anuales para medir los avances, detectar problemas así como introducir ajustes y medidas correctivas sobre la marcha del Programa, de acuerdo con el literal (c) de la Recomendación A.8 del Apéndice II.

5. Evaluación ex-post

- 8.5 De acuerdo con la metodología referida en la Recomendación A.8 del Apéndice II, el Prestatario por intermedio del Organismo Ejecutor someterá al Banco una evaluación ex-post del Programa con el objeto de verificar el grado de cumplimiento final de las metas y resultados esperados del Programa, en particular con respecto al proceso de fortalecimiento del MINSA y la mejora en la cobertura y calidad de los servicios de salud en las redes beneficiadas por la operación. La información por componente arriba indicada deberá adjuntarse al informe de evaluación ex-post.