



EMBAJADA BRITANICA
LIMA

NOTA No. 102

Lima, 6 de Octubre de 1995

Señor Ministro:

Tengo el honor de informar a Vuestra Excelencia que el Gobierno del Reino Unido tiene la intención de poner a disposición de Vuestro Gobierno una suma no mayor de £1,540,000 (un millón quinientas cuarenta mil libras esterlinas) de fondos de cooperación técnica para el "Proyecto de Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud" que es una adecuación del "Proyecto de Refuerzo de la Capacidad Gerencial y Financiera del Ministerio de Salud".

Los términos de este proyecto y el propósito para el cual serán utilizados los fondos están descritos en el "Memorandum de Proyecto" anexo a la presente Nota. Estos pueden variar en detalle, dentro del monto total indicado arriba por mutuo acuerdo entre nuestros dos Gobiernos.

De ocurrir cualquier cambio que en opinión de mi Gobierno disminuya significativamente el valor de este proyecto para su desarrollo, nuestros Gobiernos se consultarán sobre las medidas para resolver el problema y los posibles cursos de acción. En caso de no llegar a un acuerdo satisfactorio para ambas Partes, mi Gobierno se reserva el derecho de modificar o dar por terminada su contribución financiera al proyecto.

Si los términos arriba expresados son aceptables para el Gobierno de la República del Perú, tengo el honor de proponer que la presente Nota, conjuntamente con la Nota de respuesta de Vuestra Excelencia en la que conste la conformidad de su Gobierno constituyan un Acuerdo entre nuestros dos Gobiernos que entrará en vigor en la fecha de su Nota de respuesta, y se denominará "Carta de 1995 sobre el Proyecto de Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud".

Aprovecho la ocasión para reiterar a Vuestra Excelencia el testimonio de mi más alta y distinguida consideración.

John Illman
Embajador de Su Majestad Británica

Ministerio de Relaciones Exteriores
Recebido
Clasificación
Tramitación
TRAY
6-17/58 - c/a.

Copias para Información
1
2 Al: Excelentísimo Señor Francisco Tudela
3 Ministro de Relaciones Exteriores
4 Ciudad
Observaciones CP





EMBAJADA BRITANICA
LIMA

NOTE No. 102

Lima, 6 October 1995

Your Excellency:

I have the honour to inform Your Excellency that the Government of the United Kingdom has the intention of making available to your Government a sum not exceeding £1,540,000 (one million five hundred and forty thousand pounds sterling) from technical cooperation funds for the "Ministry of Health Capacity Building Project" which is an adaptation of the "Ministry of Health Management and Financial Capacity Enhancement Project".

The arrangements for this project and the purpose for which the funds will be used are set out in the "Project Memorandum" attached hereto. These may be varied in detail within the above total allocation by mutual agreement between our two Governments.

Should any changes occur which in the opinion of my Government impair significantly the developmental value of the project, our Governments shall consult on measures to resolve the problem and possible courses of action. In the event of not reaching a satisfactory agreement for both Parties, my Government reserves the right to modify or terminate its financial contribution to the project.

If the arrangements set out above are acceptable to the Government of the Republic of Peru, I have the honour to suggest that this Note and Your Excellency's reply stating the acceptance of your Government place on record the understanding of our two Governments in this matter which will come into operation on the date of your reply and which will be referred to as the "Ministry of Health Capacity Building Project Letter of 1995".

I avail myself of this opportunity to renew to Your Excellency the assurances of my highest consideration.

John Illman
Her Britannic Majesty's Ambassador



Ministerio de Relaciones Exteriores
Oficina de Trámite Consular
R F C I B I D O
Recibido
Clasificación
Tramitación a cargo de
TRAT

OCT. 6 1995

Copias para Información

1 To His Excellency
Francisco Tudela
Minister of Foreign Affairs
Lima

Handwritten initials: *cp*

Nota RE. (OCI) N° 6-17/26 c/a.

Lima, 06 de octubre de 1995.

Señor Embajador:

Tengo a honra dirigirme a Vuestra Excelencia para acusar recibo de su atenta Nota número 102, del 06 de octubre de 1995, en la que tiene a bien manifestar lo siguiente:

"Señor Ministro:

Tengo el honor de informar a Vuestra Excelencia que el Gobierno del Reino Unido tiene la intención de poner a disposición de Vuestro Gobierno una suma no mayor de £ 1,540,000 (un millón quinientas cuarenta mil libras esterlinas) de fondos de cooperación técnica para el "Proyecto de Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud", que es una adecuación del "Proyecto de Refuerzo de la Capacidad Gerencial y Financiera del Ministerio de Salud".

Los términos de este proyecto y el propósito para el cual serán utilizados los fondos están descritos en el "Memorándum de Proyecto" anexo a la presente Nota. Estos pueden variar en detalle, dentro del monto total indicado arriba por mutuo acuerdo entre nuestros dos Gobiernos.

De ocurrir cualquier cambio que en opinión de mi Gobierno disminuya significativamente el valor de este proyecto para su desarrollo, nuestros Gobiernos se consultarán sobre las medidas para resolver el problema y los posibles cursos de acción. En caso de no llegar a un acuerdo satisfactorio para ambas Partes, mi Gobierno se reserva el derecho de modificar o dar por terminada su contribución financiera al proyecto.

..//

Al Excelentísimo señor
John Illman
Embajador de Gran Bretaña
Ciudad.-

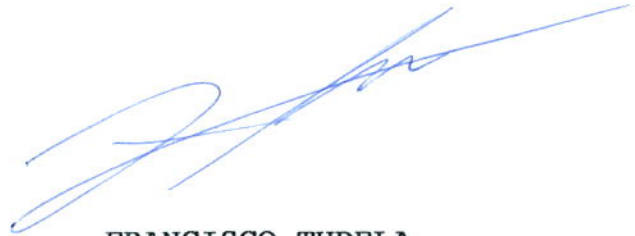
..//

Si los términos arriba expresados son aceptables para el Gobierno de la República del Perú, tengo el honor de proponer que la presente Nota, conjuntamente con la Nota de respuesta de Vuestra Excelencia en la que conste la conformidad de su Gobierno constituyan un Acuerdo entre nuestros Gobiernos que entrará en vigor en la fecha de su Nota de respuesta y se denominará "Carta de 1995 sobre el Proyecto de Generación de Capacidades del Ministerio de Salud".

Aprovecho la ocasión para reiterar a Vuestra Excelencia el testimonio de mi más alta y distinguida consideración".

Además, tengo el honor de confirmar a nombre del Gobierno de la República del Perú los términos de la Nota antes transcrita y, acordar que la Nota de Vuestra Excelencia y la presente constituyen un Acuerdo entre los dos Gobiernos, el cual entrará en vigor en la fecha de la presente Nota.

Hago propicia la oportunidad para reiterar a Vuestra Excelencia las seguridades de mi más alta y distinguida consideración.



FRANCISCO TUDELA
MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES

NOTA RE (OCI) No. 6-17/26 c/a.

Lima, 06 de octubre de 1995.

Your Excellency:

I have the honour to write to Your Excellency to acknowledge receipt of your Note No. 102 of 6 October 1995, which states as follows:

"Your Excellency:

I have the honour to inform Your Excellency that the Government of the United Kingdom has the intention of making available to your Government a sum not exceeding £1,540,000 (one million five hundred and forty thousand pounds sterling) from technical cooperation funds for the "Ministry of Health Capacity Building Project" which is an adaptation of the "Ministry of Health Management and Financial Capacity Enhancement Project".

The arrangements for this project and the purpose for which the funds will be used are set out in the "Project Memorandum" attached hereto. These may be varied in detail within the above total allocation by mutual agreement between our two Governments.

Should any changes occur which in the opinion of my Government impair significantly the developmental value of the project, our Governments shall consult on measures to resolve the problem and possible courses of action. In the event of not reaching a satisfactory agreement for both Parties, my Government reserves the right to modify or terminate its financial contribution to the project.

..//

To His Excellency
John Illman
Ambassador of Great Britain
Lima

..//

If the arrangements set out above are acceptable to the Government of the Republic of Peru, I have the honour to suggest that this Note and your Excellency's reply stating the acceptance of your Government place on record the understanding of our two Governments in this matter which will come into operation on the date of your reply and which will be referred to as the "Ministry of Health Capacity Building Project Letter of 1995".

I avail myself of this opportunity to renew to Your Excellency the assurances of my highest consideration".

In addition, I have the honour to confirm on behalf of the Government of the Republic of Peru the arrangements of the above Note, and to agree that Your Excellency's Note and this Note place on record the understanding of our two Governments, which will come into operation on the date of this Note.

I avail myself of this opportunity to renew to Your Excellency the assurances of my highest consideration.



FRANCISCO TUDELA
MINISTER OF FOREIGN AFFAIRS

Programa de Cooperación Técnica de Gran Bretaña

MEMORANDUM DEL PROYECTO

PROYECTO DE GENERACION DE CAPACIDADES EN EL MINISTERIO DE
SALUD-PERU

Departamento para Latinoamérica, el Caribe y el Atlántico
ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO EN EL EXTERIOR/GB
Abril 1995

PROYECTO DE GENERACION DE CAPACIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD - PERU

1. RESUMEN

- 1.1. El objetivo del presente proyecto es promover una utilización más efectiva de los recursos humanos y financieros del sector salud en el Perú. El objetivo directo es el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud en las áreas claves de política, planificación, financiamiento y administración de la salud - a nivel central y regional. Se alcanzarán los objetivos del proyecto mediante la provisión de la asistencia técnica dirigida. El proyecto tendrá una duración de 3 años a partir de 1995 hasta 1998 con un costo total de £1.54m.
- 1.2. Las actividades e insumos del proyecto buscarán fortalecer la Unidad de Administración de Proyectos (UAP) del Ministerio de Salud (MINSA), y establecer sistemas y capacitación para mejorar la elaboración de políticas, planificación y financiamiento del sector salud, así como las otras capacidades para la administración de recursos. Asimismo, el proyecto ayudará a los funcionarios del MINSA a identificar alternativas para la reestructuración del Ministerio y para futuras reformas del sector salud. En el cuadro adjunto se presenta el marco del proyecto.
- 1.3. El proyecto adoptará un enfoque progresivo para su implementación de manera que las actividades e ingresos reflejen exactamente las necesidades del Ministerio y las circunstancias cambiantes en el país. El MINSA será responsable de la administración integral del proyecto y del logro de los objetivos del mismo. El Ministerio de Salud nombrará a un Gerente de Proyectos Peruano (GP), quien trabajará en la UAP y en consulta con un Grupo Directivo del Proyecto (GDP). Los aportes británicos al proyecto serán canalizados a través del Coordinador del Programa de Salud y Población de la ODA (CBSP) quien se encuentra en Lima, y trabaja en relación estrecha con los funcionarios de la UAP y del MINSA. El Funcionario de Proyectos de la ODA será el funcionario del Departamento para Latinoamérica, el Caribe y el Atlántico (LACAD) responsable de la ayuda al Perú. En la sección 12, se describe detalladamente los acuerdos administrativos.
- 1.4. El presente proyecto forma parte de un programa de salud y población suscrito en principio por la ODA y el Gobierno del Perú en una Ayuda Memoria con fecha Noviembre de 1993. Se espera que el apoyo al sector por un monto aproximado de £4m (cuatro millones de Libras Esterlinas) sea proporcionado en el período comprendido entre 1994 y 1998.

2. RECOMENDACION

- 2.1. Se recomienda que la ODA proporcione £1.54m (1.54 millones de Libras Esterlinas) como apoyo en cooperación técnica, según se describe en el memorandum y el marco del presente proyecto.

3. CONDICIONES ESPECIALES

- 3.1. El Ministerio de Salud se encargará de elaborar una descripción integral de puestos (conjuntamente con el CBSP), luego se identificará y designará un Gerente del Proyecto, quien será responsable por la ejecución del proyecto.
- 3.2. El MINSA establecerá el Grupo Directivo del Proyecto a la brevedad posible luego de la aprobación del proyecto.
- 3.3. El MINSA garantiza que la UAP cuente con el personal adecuado, y asegura la estabilidad del personal principal para la ejecución del proyecto.
- 3.4. La provisión de presupuestos anuales depende de la aprobación por parte de ODA de los planes de trabajo anuales del proyecto, los cuales incluirán un marco revisado del proyecto que contenga indicadores controlables y actualizados de los resultados.

4. Antecedentes

- 4.1. Se ha considerado al Perú como un país prioritario para la asistencia en salud y población brindada por la ODA. Un equipo de la ODA visitó el Perú en noviembre de 1993 con el propósito de diseñar una estrategia para el apoyo de la ODA al sector salud y población. Luego de realizar un análisis de la situación en el Perú, y tomar en cuenta los propios objetivos de la ODA y el trabajo de otros donantes, la ODA acordó con el Gobierno Peruano centrar el apoyo en dos áreas claves:
 - i. generación de capacidades en el MINSA con el objetivo de asegurar una utilización más efectiva de los recursos humanos y financieros en el sector salud y población; y
 - ii. apoyo directo a los esfuerzos para el fortalecimiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva a través de los programas de organismos internacionales y ONGs.

El presente programa de asistencia en salud y población está orientado a cumplir con el objetivo prioritario de la ODA de promover el desarrollo humano, lo cual incluye un mejoramiento de la salud y la planificación familiar. Asimismo, es consistente con la estrategia total de la ODA para el Perú.

- 4.2. En Marzo de 1994, un equipo (conformado por expertos en administración y financiamiento de la salud) visitó el Perú para investigar las formas en que la ODA podría apoyar y asistir al MINSA para que aplique la política principal y se adecúe a los cambios organizativos que tuvieran lugar en el sector salud. Se ha iniciado un rápido proceso de cambio, pero existe una gran inseguridad respecto a la forma exacta de los muchos cambios que se producirán. La presión para realizar el cambio surgió como resultado del proceso de ajuste económico y de la necesidad de minimizar los efectos negativos de este proceso, y también como parte de programas más amplios de reforma social iniciados por el gobierno del Presidente Fujimori. Tanto las instituciones financieras gubernamentales, como internacionales han proporcionado recursos financieros considerables para apoyar la reforma del sector salud, pero la escasa capacidad en recursos humanos del MINSA para implementar el cambio constituye una limitante para avanzar. Un préstamo de US\$68m (68 millones de Dólares Americanos) del BID para la reforma del sector salud proporcionará el equipo, el apoyo de sistemas de desarrollo y la capacitación al personal, con la OPS a cargo de la coordinación de los elementos de Cooperación Técnica de este programa. Sin embargo, la entrega del préstamo estará restringida por la demora en determinar el programa de reforma. No se cuenta con el apoyo de un donante permanente dentro del MINSA que ayude a definir las opciones y necesidades. Los consultores de la ODA trabajaron estrechamente con los funcionarios del MINSA para identificar las necesidades inmediatas de asistencia técnica que se señalan en este memorándum. Ellos recomendaron un enfoque flexible y progresivo para un mayor desarrollo e implementación del proyecto, de manera que los aportes pudieran ser destinados adecuadamente a la solución de los problemas prioritarios a medida que estos se presenten.
- 4.3. El objetivo general del programa de reforma es el establecimiento de un Sistema Nacional de Atención de la Salud integral y regional, en el cual participen diversas instituciones públicas, semi-estatales (IPSS) y privadas del sector salud. Dentro de esta estructura, se ha dado prioridad a una serie de aspectos:
- definición del marco operativo institucional, especialmente a nivel regional, donde recae actualmente la responsabilidad de la provisión de servicios;
 - coordinar la provisión de servicios de salud en todos los niveles;
 - restauración de la capacidad de los centros de salud para la provisión de servicios; y
 - restablecimiento de los flujos de información nacional con el fin de facilitar la amplia planificación del sector y, de esta manera, canalizar los recursos a los sectores más necesitados.
- 4.4. Una característica clave del sistema recientemente reformado es la redefinición del papel del MINSA que fue promulgado en un decreto expedido en el año 1990. En el nuevo sistema, se ha reducido el papel del Ministerio en cuanto a la provisión de servicios de salud, pero se ha incrementado sus responsabilidades en cuanto al desarrollo de políticas de

salud, así como en cuanto a la coordinación y regulación de los servicios de salud. La nueva estructura organizativa del MINSA y la descripción de sus funciones fueron promulgadas mediante un Decreto Presidencial expedido en Agosto de 1992. La capacidad limitada del MINSA al asumir su nuevo papel ha constituido el principal obstáculo para un proceso más amplio de reforma del sector salud. El número de unidades operativas dentro del Ministerio de Salud se redujo de más de 300 a aproximadamente 40. Sin embargo, el nuevo modelo organizativo nunca pudo implementarse completamente, debido en parte a la reducción de personal en el Ministerio, lo que a su vez provocó la escasez de recursos humanos capacitados. Este proyecto tiene como objetivo enfrentar este problema y reconstruir la capacidad del Ministerio.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO

- 5.1. El objetivo de este proyecto es permitir una utilización más efectiva de los recursos humanos y financieros del sector salud en el Perú. Con el propósito de lograrlo, el proyecto apoyará los esfuerzos para un mayor desarrollo y fortalecimiento de la capacidad y los sistemas técnicos del MINSA en las áreas seleccionadas de desarrollo de políticas, planificación, financiamiento, y administración del sector salud - a nivel central y regional. El proyecto también apoyará el desarrollo de la capacidad de formación en el Perú en estas áreas. Además, el proyecto asistirá al MINSA en la búsqueda de alternativas para una posterior reestructuración del Ministerio, así como para identificar las maneras de implementar el programa de reforma del sector salud. El proyecto se centrará en estas áreas de la siguiente manera:

Fortalecimiento del UAP/MINSA

- 5.2. El proyecto apoyará el desarrollo de la Unidad de Administración de Proyectos recientemente creada, como punto de partida para el desarrollo de sistemas organizativos, financieros y administrativos más efectivos y eficientes en el Ministerio de Salud. Se nombrará a un Gerente de Proyectos dentro de la UAP para que administre el proyecto británico y trabaje para lograr los objetivos trazados. En el Anexo 1 se describe los Términos de Referencia (TdR) El proyecto financiará al MINSA para que nombre dos expertos (de preferencia peruanos) para que trabajen en la UAP. Cada uno de estos consultores trabajará hasta un máximo de 21 días cada 3 meses con los funcionarios del Ministerio. Ellos actuarán en calidad de asesores, tal como se señala en el borrador de los TdR en el Anexo 2. El GP y el CBSP desarrollarán TdR más específicos y programas de trabajo detallados para los consultores durante la etapa inicial del proyecto. Uno de los consultores podría ser un experto con amplia experiencia en Economía/Finanzas quien ayudaría a desarrollar sistemas para la implementación de proyectos existentes y futuros, incluyendo sistemas para el costeo de los insumos, mecanismos de financiamiento, licitación pública, evaluación económica y control.

- 5.3. El otro consultor será un experto con amplia experiencia en el desarrollo/administración organizacional que asistirá al MINSA con la descentralización de los sistemas de salud, y el desarrollo de las vías para el fortalecimiento de la capacidad del MINSA a nivel regional y subregional. El consultor también asistirá en la implementación y en las pruebas de los sistemas recientemente desarrollados en estos niveles. El proyecto también apoyará los aportes de otras consultorías ya sea nacionales o británicas, según se requiera, para poner a prueba e implementar el trabajo realizado por la UAP, especialmente a nivel regional y subregional. Las necesidades exactas de consultoría serían determinadas por la UAP, pero se considera que éstas se presentarán en áreas tales como la administración general, contabilidad, calidad de los servicios de atención, planificación y desarrollo de recursos humanos, sistemas de planificación descentralizados y apoyo a nivel regional y subregional en el desarrollo de sistemas de salud adecuados.
- 5.4. Se evaluará el impacto del apoyo de los consultores a la UAP en base a los sistemas que éstos pudieran establecer o promover. Se espera que tengan una larga relación con los funcionarios del Ministerio.

Análisis de las alternativas para la reestructuración del Ministerio y la implementación del programa de reforma

- 5.5. El proyecto promoverá una mayor comprensión de las reformas que se hayan implementado en otros sistemas nacionales de salud, tanto en Europa como en Latinoamérica, así como un mayor intercambio de ideas y experiencias. Los funcionarios de salud de más alta categoría en el Ministerio, realizarán giras y visitas de estudio a otros países europeos y latinoamericanos. Esto proporcionará ejemplos sobre la experiencia de otros países, y facilitará ideas y alternativas para la reestructuración del MINSA y para la implementación de la reforma peruana de salud. Asimismo, consultores experimentados tanto de Europa como de Latinoamérica vendrán al Perú para asesorar al MINSA o participar en talleres. Se ha programado la realización de una serie de talleres en Lima y centros regionales, para discutir las conclusiones de estudio, determinar políticas, difundir el conocimiento de la reforma o centrarse en temas específicos de implementación. El principal resultado de este componente será la elaboración de documentos descriptivos y estratégicos por parte del MINSA. El impacto se medirá en base a la difusión efectiva que se dé a dichos resultados, a su inclusión en la estructura de elaboración de políticas y, finalmente, a la manera en que influyan en la política.

Capacitación

- 5.6. El MINSA y otras instituciones del sector salud en el Perú no cuentan con suficiente personal técnico calificado en las áreas esenciales para garantizar una administración eficiente del sector. El proyecto brindará oportunidades para la capacitación del personal del MINSA, ya sea en el extranjero o en el Perú, en los temas centrales de los proyectos. En una

primera etapa, se hará un análisis detallado de las necesidades de capacitación con la finalidad de determinar necesidades de capacitación más amplias en el sector salud y la capacidad de formación de las instituciones existentes. Según sea apropiado, el proyecto apoyará el desarrollo de programas de capacitación a nivel nacional en áreas seleccionadas de planificación, financiamiento y administración de programas de salud. La capacitación estará dirigida al personal del sector salud tanto a nivel central como regional.

6. EL PROYECTO EN RELACION CON LAS POLITICAS DE DESARROLLO DEL PAIS

- 6.1. El propósito de este proyecto es fortalecer la capacidad del MINSA para asumir sus nuevas responsabilidades en el sector salud. El objetivo de las reformas de salud a nivel nacional en el Perú es establecer un sistema de atención de salud nacional integrado y regional en el cual puedan participar diferentes entidades de salud privadas, semiestatales y públicas. El proceso de implementación de estas reformas del sector salud ha sido obstaculizado por las debilidades inherentes a dicho sector en el Perú, siendo quizás la capacidad limitada del MINSA para asumir su nuevo rol el obstáculo más significativo.
- 6.2. El Gobierno del Perú reconoce los problemas que el sector salud tiene desde hace tiempo, y se compromete a realizar mejoras sustantivas. El nuevo sistema nacional de atención a la salud comprende cambios radicales en la organización de los servicios de salud, incluyendo la descentralización, una mayor participación de la comunidad y una responsabilidad más transparente en la utilización de recursos insuficientes.

7. EVALUACION TECNICA

- 7.1. El sector salud en el Perú está atravesando por cambios importantes de políticas y en su organización, en medio de una gran incertidumbre con respecto a la forma precisa en que estos se realizarán. Existe una capacidad limitada en el MINSA para manejar cambios, en especial para manejar este papel más amplio que se le ha asignado como ente "rector" del sector salud. Las funciones de planificación, desarrollo de una política y regulación, las que adquirirán mayor importancia con la implementación de las reformas, requieren una mejor definición. Sin embargo, el grupo de expertos en esta área en el país, es pequeño. En el Ministerio, las responsabilidades no están bien definidas, las habilidades para la formulación y ejecución de presupuestos son deficientes y la capacidad para el análisis de prioridades y elaboración de políticas no está bien desarrollada. Este proyecto se interesa por encontrar formas para apoyar al Ministerio en áreas selectivas de formulación y desarrollo de políticas, planificación, financiamiento y administración del sector salud. El proyecto intentará atender tres áreas de carencia claves en el sector salud en el Perú.

Análisis de las alternativas para la reestructuración del MINSA y otras reformas del sector salud.

- 7.2. En el Perú todavía continúa en debate la forma exacta en que se debe realizar la descentralización de los servicios de salud, particularmente en relación con el financiamiento y la administración. Antes de las recientes reformas, el MINSA funcionaba a través de Unidades Departamentales de Salud descentralizadas. Todos los centros de salud a nivel nacional estaban bajo la autoridad del MINSA. Según el nuevo marco legal de la regionalización, el MINSA sigue siendo responsable de la formulación de políticas y la regulación del sector salud, pero la responsabilidad de la provisión de servicios de salud se dio a los gobiernos regionales. Como resultado de la confusión posterior a la abolición de los gobiernos regionales, muchos programas están siendo implementados de manera vertical mediante la entrega directa de la ayuda de los donantes o del gobierno a las organizaciones que la implementarán, generalmente a nivel municipal o comunitario. Por lo tanto, existe poca coordinación de las inversiones sustanciales en el sector salud y no existe una manera de controlar totalmente el impacto o la efectividad de las intervenciones.
- 7.3. Asimismo es evidente que los sistemas de salud continúan siendo indiferentes a las necesidades individuales de los distritos o regiones. Es necesario el establecimiento de sistemas de comunicación efectivos con las unidades descentralizadas y la integración de la retroacción en un proceso coordinado del MINSA para la formulación de políticas.
- 7.4. Existe la necesidad, identificada por el mismo MINSA, de ayudar a quienes elaboran las políticas a analizar, evaluar e implementar alternativas para la reforma del sector salud, que se adecúen a las características del sector salud peruano. El proceso de preparación del MINSA para que se adapte a los cambios en el sector se está llevando a cabo actualmente mediante una serie de grupos de tarea que se encargan de revisar asuntos de política, organización, descentralización y otros. Los miembros de mayor rango del personal del Ministerio de Salud están reflexionando seriamente sobre este tema, pero el proceso actual presenta una serie de limitaciones. Esta reflexión se lleva a cabo a nivel central sin la participación de las regiones; los donantes influyen en la naturaleza de la discusión.
- 7.5. Pareciera que las personas que elaboran las políticas clave del MINSA no han tenido contacto hasta ahora con los modelos y alternativas para la implementación de las reformas que han sido utilizados por otros gobiernos de Latinoamérica y del resto del mundo. Este es particularmente el caso en lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud. En este momento, los aportes estratégicos para enriquecer el proceso de debate respecto a las reformas y particularmente en relación con el papel del MINSA, podrían ejercer una influencia más fundamental que la que

normalmente tienen. La ODA está preparada para responder a estas oportunidades.

Generación de capacidades y desarrollo de sistemas en el MINSA

- 7.6. La nueva política y el papel regulador del Ministerio nunca ha sido asumido en la práctica debido a una serie de razones. La verdadera capacidad de planificación del MINSA es limitada y el personal del MINSA nunca ha tenido la oportunidad de analizar, o comprender íntegramente sus nuevas responsabilidades.
- 7.7. La capacidad limitada del MINSA es particularmente evidente en relación con la presupuestación y el financiamiento. El MINSA considera que existe poco incentivo para desarrollar un análisis cuidadoso de los recursos sobre los cuales tiene control directo (administración central, servicios de salud en Lima y Callao y algunos programas verticales). El proceso de preparación de presupuestos hasta la fecha no se ha realizado en base al establecimiento de prioridades racionales. Por lo tanto, el MINSA tiene poca influencia en la negociación de los presupuestos del sector con el Ministerio de Economía y Finanzas. Por consiguiente, existe la necesidad urgente de fortalecer la capacidad profesional en el MINSA con el fin de desarrollar sistemas adecuados de planificación, financiamiento y administración a nivel central y regional y la necesidad de definir de una mejor manera el papel y la estructura del MINSA. Se debe intentar desarrollar los sistemas en base a los ya existentes y hacerlos más funcionales y sensibles a las necesidades que surjan.
- 7.8. Debido a su importancia estratégica, la Unidad de Administración de Proyectos de la Oficina de Cooperación Externa ha sido destinada a recibir asistencia especial. El fortalecimiento de la UAP ayudará al Ministerio a tener acceso a fondos provenientes de otros donantes extranjeros, tales como el BID, los mismos que permitirán que el Ministerio retome su camino, y les ayudará a administrar los recursos disponibles de una manera más efectiva. La Unidad también se convertirá en un centro de planificación, financiamiento y administración para el Ministerio en general.

Fortalecimiento de la capacidad de entrenamiento en el Perú

- 7.9. El efecto acumulativo de las reducciones drásticas de trabajadores en el sector público, las disminuciones severas de la remuneración de los empleados públicos, y las políticas inadecuadas de recursos humanos, han dado como resultado la pérdida de la capacidad de administración y una cobertura inadecuada de los puestos administrativos en el sector salud. Esta situación ha afectado seriamente la provisión de servicios de salud. La escasez de personal calificado en las áreas técnicas y profesionales, así como la ausencia de sistemas administrativos eficaces se refleja en la baja calidad de los servicios de salud. La escasez de personal administrativo y de otro tipo es un fenómeno amplio del sector que afecta tanto la capital

como las regiones, contribuyendo a que el MINSA se vea incapacitado para desempeñar su nuevo papel como entidad reguladora y supervisora del sector. Se ha informado que muchos miembros del personal del sector público han renunciado para trabajar tanto en el sector semiestatal (IPSS) como en el privado, pero hasta el momento no se han iniciado estudios de evaluación destinados a cuantificar la escasez de personal y determinar cuáles son las áreas más seriamente afectadas.

- 7.10 La falta de una planificación de recursos humanos durante los últimos años ha estado acompañada de una ausencia de políticas de desarrollo de recursos humanos destinadas a capacitar a los gerentes estatales del sector salud para que asuman sus nuevas responsabilidades dentro del marco de un MINSA reestructurado y reorientado. Diferentes instituciones de capacitación (públicas, semiestatales y privadas), continúan ofreciendo el mismo tipo de capacitación que venían proporcionando en el pasado. Por lo tanto, existe la necesidad urgente de evaluar y analizar las necesidades de capacitación del sector salud recientemente reformado, así como de desarrollar estrategias para satisfacer las necesidades identificadas. El proyecto apoyará la realización de una evaluación detallada de las necesidades e identificará el papel y la capacidad real de las instituciones de formación en el Perú.
- 7.11 Dadas las necesidades inmediatas en el sector salud, se proporcionará apoyo a través del proyecto con la finalidad de patrocinar alguna capacitación a corto plazo para funcionarios de salud claves y el establecimiento de una capacitación permanente para el personal del sector salud mientras se desarrolla una política de recursos humanos más amplia.
- 7.12 El carácter de los problemas identificados requiere que la asistencia de la ODA sea necesariamente flexible y sensible a las necesidades que surjan con la finalidad que se adapte a las circunstancias cambiantes. Por esta razón, el paquete de asistencia contemplado incluye algunas áreas generales para el apoyo de la ODA, pero los detalles exactos serán presentados después que se realice un análisis detallado posterior. Es esencial que el proyecto no imponga responsabilidades adicionales a un Ministerio ya recargado, exacerbando así las mismas debilidades que el proyecto está intentando atender. El control del proyecto y los arreglos administrativos están diseñados para garantizar que exista un nivel adecuado de coordinación de las diversas actividades que el proyecto apoya y la evaluación continua de las necesidades, así como el diálogo con la Unidad de Administración del Proyecto del Ministerio y el Coordinador Británico de Salud y Población de la ODA y los consultores del proyecto.
- 7.13 Las áreas seleccionadas para recibir el apoyo de la ODA se centran en el desarrollo de sistemas y de políticas que son clave para el éxito de la reforma en el sector salud. El enfoque reconoce el carácter amplio de las reformas, los vínculos de política entre los diferentes componentes del proyecto y los beneficios que se complementan mutuamente como

resultado del apoyo conjunto de los componentes. Las áreas son consistentes con la estrategia de la ODA en el Perú y aquellas donde la ODA tiene una ventaja comparativa gracias a la experiencia obtenida de la reforma realizada en Gran Bretaña y a sus recursos, así como al "know-how" europeo al que tienen acceso. Asimismo, existen otras áreas a las cuales otros donantes no han prestado ayuda en el Perú. Otros programas de donación se detallan en el documento de la Estrategia del Sector Salud de la ODA para el Perú con fecha Febrero de 1994. Una tarea clave para el CBSP será mantenerse en contacto con otros donantes a lo largo del proyecto.

8. JUSTIFICACION ECONOMICA

- 8.1. Desde que el Perú ha restablecido su credibilidad como prestatario, han empezado a ingresar al país financiamientos externos sustanciales, siendo el MINSA uno de los principales beneficiarios. Existen más de US\$300 millones en ayuda los cuales serán canalizados hacia el sector salud durante los próximos años. Aunque los fondos proporcionen gran parte de la ayuda necesaria, no es seguro que el Ministerio tenga la capacidad de absorber, administrar y utilizar de manera eficiente y efectiva estos niveles de asistencia. Esto se ilustra con el préstamo de US\$98 millones del BID para el fortalecimiento de los servicios de salud. Se ha creado una Unidad de Coordinación del Proyecto en el MINSA para dirigir y administrar el proyecto pero, debido a la falta de capacidad en el MINSA, éste no ha podido establecer o desempeñar las funciones de planificación y administración que permitan que el dinero sea entregado. El apoyo de la ODA para el fortalecimiento de la Unidad de Administración del Proyecto en el MINSA garantizará que el MINSA esté en condiciones de planificar, administrar y manejar de manera efectiva los recursos disponibles.
- 8.2. Los resultados de este proyecto en relación a capacidad fortalecida en el Ministerio de Salud con respecto a la elaboración de políticas, planificación, financiamiento y administración del sector salud son fundamentales para lograr el éxito de las reformas de salud existentes y para cualquier plan de reforma futuro. Si el MINSA está en condiciones de desempeñar sus funciones de manera efectiva y eficiente, esto finalmente conducirá a una mejora de los servicios de salud en todo el país lo cual a su vez conducirá a mejores condiciones de salud y una mayor productividad económica.
- 8.3. El proyecto proporcionará información y análisis para permitir a los responsables de la toma de decisiones que formulen decisiones políticas sobre recursos humanos basándose en la información proporcionada. Las políticas adecuadas y la asistencia relacionada incrementarán los resultados, en términos de servicios de atención de salud por parte del personal disponible. Esto se debe a que el proyecto conducirá a una mejor distribución del personal en todo el país y a un mejor equilibrio entre los diferentes cuadros de personal en los centros de salud. Asimismo, el proyecto ayudará a mejorar la calidad del trabajo realizado mediante el mejoramiento de la competencia y la ética del personal.

9. EVALUACIÓN SOCIAL

- 9.1. El proyecto no tendrá un impacto directo en la reducción de la pobreza pero proporcionará una contribución indirecta importante al promover una distribución y una utilización más equitativa de los recursos del sector salud, incluyendo tanto las finanzas como proveedores de salud mejor preparados y motivados. Asimismo, permitirá que los pobres, en particular la población indígena de zonas alejadas, incrementen su acceso a servicios con un mejor funcionamiento.
- 9.2. En la actualidad, las necesidades específicas de la mujeres reciben una prioridad inadecuada, especialmente en el área de la atención de salud reproductiva. El proyecto promoverá un enfoque de género a la política y a la planificación y esto, junto con el estímulo de una mayor capacitación para el personal femenino más antiguo, daría como resultado una producción más efectiva de los servicios a los diferentes grupos beneficiarios.
- 9.3. Una parte significativa de la fuerza laboral en el sector salud está conformada por mujeres, sin embargo éstas no cuentan con una buena representación a nivel político y administrativo. El proyecto promoverá el desarrollo de las políticas y prácticas de recursos humanos que son más sensibles a las necesidades prácticas y de género de las trabajadoras del sector salud, por ejemplo al reducir las barreras con las que se enfrentan para tener acceso a las oportunidades de capacitación y de desarrollo profesional. Este proyecto se considera importante en lo que respecta al desarrollo de la mujer.

10. EVALUACION INSTITUCIONAL Y FINANCIERA

- 10.1 El gasto en el sector salud de US\$8 por persona (1990) es bajo para los niveles regionales. Esto es insuficiente aún para alcanzar el paquete básico y esencial del Banco Mundial. En tales circunstancias, es vital que los recursos disponibles sean empleados de manera efectiva.
- 10.2 El gasto del gobierno ha sido restringido debido a las medidas de estabilización económica instituidas en 1990. Esto trajo como consecuencia grandes recortes en el número de trabajadores del sector público (con el personal de la sede central del MINSA, reducido a sólo 750 empleados comparado con aproximadamente 3000 que trabajaban anteriormente), así como la imposición estricta de los controles de salarios.
- 10.3 Al mismo tiempo, el gobierno del Presidente Fujimori prosiguió con una política activa de descentralización, con el propósito de que el MINSA se concentre en la planificación estratégica incluyendo la reglamentación del sector privado, y que las regiones asuman una mayor responsabilidad al ofrecer servicios.

- 10.4 En la práctica, la capacidad de planificación del MINSA es en extremo limitada por la reducción del personal técnico y profesional, la falta de una función de planificación claramente definida y de sistemas de administración adecuados, así como por la suspensión del programa de descentralización en 1992. La calidad y productividad de los servicios que ofrece directamente el MINSA sigue siendo de bajo nivel.
- 10.5 La provisión de servicios actual se caracteriza por la falta de coordinación entre el MINSA y las regiones y, de otro lado, por la falta de participación de la comunidad en las decisiones de planificación. De especial preocupación es la falta de acceso a los servicios en las áreas rurales y la insuficiente administración financiera la cual ha originado la falta de financiación para los costos corrientes que no corresponden a salarios, tales como medicamentos y mantenimiento.
- 10.6 El objetivo de este proyecto es revisar las opciones para la reestructuración del MINSA y el mejoramiento de la capacidad del personal disponible con la finalidad de implementar reformas mediante la capacitación. Se debe poner especial énfasis en el desarrollo de sistemas para el cálculo de los costos de provisión de servicios de salud - un obstáculo principal para la planificación del sector salud - y para la asignación más equitativa de los recursos por región. Se efectuará una evaluación de la capacidad actual de planificación en las regiones y en el MINSA, y se desarrollará medidas para definir con claridad las funciones y emplear esta capacidad de manera más efectiva.
- 10.7 Es probable que los beneficios del proyecto sean sostenibles siempre que exista un compromiso político continuo con la reforma del sector salud. La sostenibilidad financiera no es tanto problema, por cuanto este proyecto sólo tendrá implicaciones menores en los costos corrientes. Se pretende que los aportes de consultoría sean de un carácter estratégico y por una sola vez y que el trabajo de largo plazo de los consultores consista mayormente de un rol de asesoría para ayudar al UAP a establecer e iniciar sistemas sostenibles antes que a su implementación.

11. EVALUACION AMBIENTAL

- 11.1 El proyecto tiene implicaciones ambientales significativas.

12. ARREGLOS PARA LA EJECUCION

Resumen

- 12.1 El Ministerio de Salud será responsable de la ejecución del proyecto. Un Gerente Peruano del Proyecto (GP), trabajará dentro de la UAP del MINSA. El Grupo Directivo del Proyecto (GDP), que comprende a los participantes peruanos e ingleses, supervisará y guiará el progreso y la dirección total del proyecto. El CBSP coordinará los aportes de Gran Bretaña. Las actividades y los aportes detallados se definirán a medida

que el proyecto avance, a través del desarrollo de planes de trabajo anuales preparados por el GP (en consulta con el CBSP) para someterlos a la aprobación del GDP y la ODA antes que se desembolsen los presupuestos anuales. Dentro del plan anual acordado, el CBSP tendrá la autoridad delegada por la ODA para realizar ajustes operativos que el GP solicite que sean consistentes con los objetivos acordados del proyecto y estén dentro del presupuesto.

Actividades Iniciales

- 12.2 El MINSA junto con el CBSP desarrollarán los TdR en el Anexo 1 e identificarán y designarán a un Gerente del Proyecto para que trabaje dentro del UAP. Se ha propuesto que el GP reciba alguna forma de remuneración del proyecto en reconocimiento a los deberes adicionales que conllevará dicha tarea. El GP, en consulta con el CBSP, desarrollará propuestas en relación con los miembros y funciones del Grupo Directivo del Proyecto. Se asume que el GDP será presidido por el Ministro de Salud o por el Viceministro e incluirá al GP, CBSP, un representante de la Embajada Británica en nombre de la ODA, y otros según lo crea conveniente el Ministro de Salud o el Gobierno del Perú. El GDP guiará el progreso y la dirección global del proyecto.
- 12.3 El GP desarrollará los TdR en el Anexo 2 y los planes de trabajo iniciales para los dos consultores que trabajen con la UAP. En consulta con el CBSP, el GP identificará y redactará los contratos para los consultores, los que serán financiados por el proyecto.
- 12.4 Asimismo, el AP discutirá y desarrollará el marco global del proyecto con el CBSP y redactará el primer plan de trabajo anual, para remitirlo a una primera reunión del PSG. Estos planes incluirán el desarrollo de los indicadores de ejecución, y también delinearán los enfoques acordados para el seguimiento. Luego del acuerdo del GDP, el CBSP también remitirá el plan de trabajo a la ODA para su aprobación, junto con un presupuesto aproximado. Es posible que inicialmente sea más conveniente un programa de trabajo de seis meses. Esto se acordará durante el período inicial.
- 12.5 Los TdR para el CBSP (en relación a este proyecto) aparece en el Anexo 3. La ODA designará los servicios de apoyo del proyecto que sean necesarios para proveer los aportes británicos previstos para el proyecto. Estos servicios serán accesibles para el proyecto a través del CBSP. Los TdR para los servicios de apoyo británico para el proyecto aparecen en el Anexo 4.

Administración cotidiana del proyecto

- 12.6 El GP será responsable de la implementación de las actividades acordadas sobre una base diaria. Esto incluirá la redacción de los borradores de TdR para consultorías, la definición de requerimientos para visitas de estudio, capacitación, etc. El GP se responsabilizará de garantizar que los aportes

peruanos en las actividades sean adecuadas y se den a tiempo, así como del inicio de los aportes británicos en el momento adecuado mediante su pronta coordinación con la CBSP. El GP convocará al GDP a reuniones que se realizarán por lo menos cada seis meses, preparando un breve informe que refleje el progreso del proyecto frente a los objetivos globales y frente al plan anual de trabajo. Estos informes pasarán a la ODA por medio de la CBSP. El GP, en consulta con el CBSP, preparará un nuevo plan de trabajo anual por lo menos dos meses antes de que concluyan los períodos anuales, para que sea considerado en una reunión del GDP y por la ODA.

- 12.7 El CBSP con sede en la oficina del Consejo Británico en Lima, trabajará con el GP para asegurar que las actividades que sean financiadas por el proyecto sean aceptables para la ODA y será responsable de coordinar con los agentes proveedores británicos para prestar servicios, o, según se contempla en este memorandum, fondos para las actividades dentro del Perú. Una vez que se tenga la aprobación de la ODA para los programas de trabajo, el CBSP tendrá la autoridad delegada para realizar los ajustes operativos que sean consistentes con los objetivos del proyecto acordados y comprendidos en el presupuesto anual. Las actividades que no se encuentren claramente definidas dentro de estos límites, que sean poco usuales o requieran de fondos que signifiquen exceder el presupuesto anual acordado, deberán remitirse a la ODA para una aprobación previa.

13. SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

- 13.1 El seguimiento de la ejecución del proyecto es una función clave del GDP. En representación de la ODA, la responsabilidad en el Perú de efectuar el seguimiento del impacto del proyecto residirá en el CBSP. Este puede recibir alguna ayuda técnica a este respecto de un experto independiente designado por la ODA. Se espera que el CBSP controle la ejecución del proyecto frente a los objetivos trazados de manera regular y para presentar informes a la ODA cada seis meses. Los informes tendrán su base en, y ampliarán, los informes del GP a la GDP. El Funcionario de LACAD para el Perú y el Asesor de Salud y Población revisarán los informes del proyecto y podrán realizar visitas de inspección según lo consideren conveniente. La ODA puede valerse de un experto independiente para revisar los informes y para efectuar las visitas de inspección al proyecto en representación de la ODA.
- 13.2 Se desarrollará indicadores de ejecución del proyecto durante el período inicial. No es posible identificar indicadores apropiados a nivel de propósito, excepto en términos amplios, ya que muchas de las actividades involucran la identificación de las opciones. Los TdR para las actividades del proyecto incluirán el desarrollo de los indicadores que serán incorporados dentro de las revisiones del marco del proyecto durante el período inicial y que acompañarán los planes de trabajo anuales para la aprobación de GDP/ODA.

- 13.2 Se espera que la ODA/GdP realicen una revisión conjunta del proyecto antes del año final del mismo. El CBSP se responsabilizará por redactar un informe del proyecto final de la ODA después de que éste llegue a su fin.

14. PRESUPUESTO DEL PROYECTO Y ADMINISTRACION FINANCIERA

- 14.1 El siguiente esquema de presupuesto está sujeto a la aprobación anual por la ODA:

| Año 1 | Año 2 | Año 3 | |
|------------|------------|------------|--|
| 100 | 100 | 100 | Pagos del personal local (GP, consultores UAP, consultoría ad hoc) |
| 40 | 60 | 60 | Entrenamiento/talleres dentro del país. |
| 80 | 100 | 100 | Entrenamiento y visitas de estudio en el extranjero |
| 100 | 140 | 160 | Consultores británicos. |
| 70 | 80 | 80 | Administración del proyecto |
| 50 | 60 | 60 | Imprevistos. |
| <u>440</u> | <u>540</u> | <u>560</u> | TOTAL £1.54m |

- 14.2 Los pagos de las actividades dentro del país serán autorizados por el CBSP de una cuenta del proyecto de la ODA administrada por el Consejo Británico en Lima. Los pagos del proyecto en GB serán administrados por la ODA.

15. RIESGOS

- 15.1 Uno de los riesgos del proyecto podría ser la forma abierta y flexible para determinar los aportes (insumos) del proyecto. Para minimizar la posibilidad de que el proyecto degenere en un conjunto de actividades desvinculadas y con escaso impacto global, los controladores (monitores) del GDP, el CBSP y la ODA deberán asegurar un programa claro y coordinado de actividades en estrecha consulta con los funcionarios de la UAP.
- 15.2 Otro riesgo del proyecto es la capacidad limitada del MINSA para tratar con un proyecto internacional adicional. Este será minimizado mediante cuidadosa planificación y programación de los aportes del proyecto con el propósito de asegurar que el personal del MINSA reciba un beneficio completo de los mismos.

- 15.3 Las estructuras actuales y del personal en el MINSA podrían cambiar e impactar en el proyecto afectando la posibilidad de éxito. El proyecto intentará minimizar este riesgo, mediante el trabajo estrecho con el MINSA en todo momento y está diseñado para que sirva al MINSA independientemente de los posibles cambios que ocurran en el personal.

LACAD/ODA
Abril 1995

Esquema de los Términos de Referencia para el Gerente del Proyecto

Dentro de la Unidad de Administración del Proyecto del Ministerio de Salud, el Gerente del Proyecto de la ODA se contactará con el Coordinador Británico del Programa de Salud y Población para:

- Recomendar la conformación y el funcionamiento de un Grupo Directivo del Proyecto que será presidido por el Ministro de Salud o por el Viceministro.
- Participar en las reuniones del GDP.
- Responsabilizarse por la administración diaria del proyecto de la ODA.
- Elaborar planes anuales de trabajo, objetivos detallados del proyecto, especificaciones de tareas para consultorías, entrenamiento, etc.
- Coordinar los aportes locales, incluyendo los aportes financieros, licencias del personal para propósitos de capacitación, etc., según convenga a las actividades del proyecto.
- Informar sobre los logros del proyecto tal como se especifica en el memorandum del mismo.

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LOS CONSULTORES DE LA UAP

Generalidades

1. Ambos consultores serán ubicados dentro de la Unidad de Administración del Proyecto en el MINSA. Los expertos deberán ser hispano hablantes (de preferencia peruanos) con vasta experiencia en los sistemas de salud, la reforma del sector salud y el cambio organizativo dentro de un contexto regional o internacional. Asimismo, deberán tener experiencia en las negociaciones del programa con los responsables de mayor experiencia en la elaboración de políticas.
2. Los consultores deben tener disponibilidad por un tiempo aproximado de 21 días cada tres meses (esto varía dependiendo de las necesidades).
3. Dentro de los TdR que hayan acordado el MINSA, el GP y el CBSP, los consultores desarrollarán un plan de trabajo detallado sobre una base semestral.

Consultor 1: EXPERTO CON EXPERIENCIA EN ECONOMIA/FINANZAS

Las tareas principales incluirán:

Colaborar con el MINSA en el desarrollo de sistemas de planificación, a nivel Central y Regional, los mismos que son necesarios para mejorar la eficiencia y la igualdad con la que se utilizan los recursos del sector salud.

Cooperar con las pruebas y las evaluaciones de los esquemas presentados.

Asesorar en lo referente a requerimientos de capacitación.

Consultor 2: EXPERTO CON EXPERIENCIA EN ADMINISTRACION Y ORGANIZACION

Las tareas principales incluirán:

Colaborar con el MINSA en el desarrollo de los sistemas de planificación, a nivel Central y Regional, los que son necesarios para mejorar la eficiencia y equidad con que se emplean los recursos en el sector salud.

Cooperar en las pruebas y evaluaciones de los esquemas introducidos.

Asesorar en lo referente a requerimientos de capacitación.

TERMINOS DE REFERENCIA PARA EL COORDINADOR DEL AREA DE SALUD Y POBLACION DE GB (relacionado con el Proyecto de Desarrollo de la Capacidad del MINSA)

1. Informar a los participantes sobre los objetivos y mecanismos del proyecto de la ODA.
2. Brindar apoyo al Ministro de Salud al inicio del proyecto, incluyendo la identificación de un Gerente del Proyecto, el establecimiento del Grupo Directivo del Proyecto y, en general, asegurar que se establecen sistemas efectivos de administración de proyectos.
3. Brindar apoyo al Gerente del Proyecto, en la especificación de los aportes (en especial a los dos Consultores de la UAP) incluyendo el costeo en detalle y TdR detallados, a partir del primer año y los subsiguientes. Contribuir con el desarrollo de medidas de resultado con miras a medir el impacto del proyecto.
4. Participar en las reuniones del Grupo Directivo del Proyecto e informar sobre los resultados a la ODA.
5. Dirigir a los agentes de apoyo para el proyecto para asegurar la provisión adecuada y oportuna de los aportes británicos del proyecto.
6. Autorizar los pagos del proyecto en el país, aprobar los planes de capacitación y consultoría que serán financiados en GB, aprobar las modificaciones de los planes del proyecto dentro de la autoridad delegada, informar a la ODA, según sea solicitado sobre proyecciones de gastos del proyecto dentro de los años financieros británicos.
7. Proporcionar información para los consultores externos.
8. Supervisar regularmente el progreso del proyecto frente a las metas trazadas, presentando informes tal como se especifica en el memorandum del proyecto. Informar al GP y a la ODA sin retraso acerca de cualquiera de los factores que puedan demorar o impedir que se cumplan los objetivos del proyecto. Contribuir a la identificación de soluciones según sea necesario.
9. Mantenerse en contacto con otros donantes relacionados con el sector salud en el Perú, con el propósito de asegurar que las actividades del proyecto complementen y estén en coordinación con otras intervenciones en proceso.
10. Realizar actividades de seguimiento posterior identificadas por los Consultores o por asesores y administradores de la ODA. Proveer apoyo para la revisión del proyecto entre el Gobierno Peruano y la ODA.

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LOS SERVICIOS DE APOYO DEL PROYECTO

1. Antecedentes

- 1.1. La Administración de Desarrollo en el Exterior (ODA) ha acordado recientemente llevar a cabo un programa de tres años de apoyo al Gobierno del Perú, con el propósito principal de fortalecer la capacidad de administración financiera y de planificación del Ministerio de Salud, así como también para colaborar en la revisión de las alternativas para la reforma del sector salud. El proyecto ofrecerá un programa específico de consultoría y de capacitación con un costo de £1.54m en áreas específicas donde se hayan identificado vacíos en el conocimiento y donde GB tenga una ventaja comparativa en la provisión del "know-how" necesario. Los detalles completos aparecen en el Memorandum y en el Marco del Proyecto.
- 1.2. En la actualidad, la ODA desea nombrar un representante(s) de gerencia que provea los aportes de GB necesarios para implementar exitosamente este proyecto. Se anticipa que el proyecto empezará en junio de 1995 y tendrá una duración aproximada de tres años.

2. Términos de Referencia

- 2.1. La administración del proyecto de la ODA será de responsabilidad de un Gerente Peruano del Proyecto que trabajará en el Ministerio de Salud. Todos los aportes de GB serán coordinados por intermedio del Coordinador del Salud y Población de la ODA (CBSP), que tiene su sede en la Oficina del Consejo Británico en Lima. El Agente(s) de Apoyo al Proyecto será(n) responsable(s) ante el CBSP por la implementación efectiva y oportuna de los servicios de proyecto contratados.

- 2.2. Se requiere los siguientes servicios:

2.1. Asesoramiento técnico británico

Nombrar un funcionario de enlace técnico para proporcionar el apoyo técnico requerido por el CBSP u otros agentes de apoyo al proyecto.

Proporcionar asesoramiento técnico diario al Proyecto según sea requerido.

Asesorar sobre las fuentes adecuadas de conocimiento especializado y capacitación en GB.

Informar a los consultores británicos seleccionados sobre el proyecto y objetivos consignados.

Controlar los informes del proyecto y enviar comentarios al CBSP y la ODA, cuando sea relevante, para el logro efectivo y oportuno de los objetivos del proyecto.

2.2. Contratación en GB

Con la ayuda del funcionario técnico de enlace, identificar consultores y expertos, contratar y pagar los costos y gastos de las misiones en el Perú.

Aprobar el CV con el CGB y, a la confirmación de la aceptación y oportunidad, asegurar que la información y los arreglos administrativos locales sean comunicados a los consultores.

Garantizar que los informes de los consultores se redacten a la brevedad posible y que se envíen las copias al CBSP. También se deben enviar copias a la ODA.

2.3. Apoyo de capacitación en GB

Identificar junto con el funcionario técnico de enlace los cursos de capacitación adecuados, los viajes de estudio o prácticas para los participantes peruanos del proyecto.

Administrar arreglos con instituciones y efectuar pagos a los practicantes así como asegurar apoyo personal, según sea necesario, durante las visitas a GB.

Obtener oportunamente y presentar informes académicos al CBSP cuando sea relevante.

LACAD/ODA

MARCO DEL PROYECTO

TÍTULO DEL PROYECTO: PROYECTO DE DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD

PERIODO DE FINANCIAMIENTO DE LA ODA: mediados de 1995 - mediados de 1988

FONDOS TOTALES PROPORCIONADOS POR LA ODA: £1.54m

| RESUMEN DESCRIPTIVO | INDICADORES DE LOGROS | MEDIOS DE VERIFICACION | SUPOSICIONES IMPORTANTES |
|--|---|---|---|
| <p>Objetivo 1. Mejorar el acceso a la atención de salud esencial y, en particular, a la atención de salud reproductiva, a través de la utilización más efectiva de los recursos humanos y financieros en el sector salud.</p> | <p>1.1 Que el MINSa esté en condiciones de gastar adecuada y eficientemente los recursos financieros disponibles. 1.2 Una mejor Cobertura y utilización de los servicios, especialmente en la Sierra rural. 1.3 Establecimiento de la Estrategia para el Desarrollo de Recursos Humanos.</p> | <p>1.1. Desembolso del préstamo del BID Documentos del presupuesto Seguimiento del Proyecto 1.2. Encuestas/estadísticas a nivel nacional; tasas de utilización en las áreas rurales. 1.3 Planes de capacitación y eventos</p> | <p>Compromiso político y financiero del GdP para el proceso de reforma de la salud Compromiso del MINSa para una buena administración del personal y optimización de los sistemas de desarrollo del personal</p> |
| <p>Fin 1. Fortalecer la capacidad del MINSa en áreas claves de políticas, planificación, financiamiento y administración de la salud a nivel Central y Regional.</p> | <p>1.1 Sistemas de planificación, financiamiento y administración mejorados y efectivos, puestos en funcionamiento en ambos niveles. 1.2 Toma de decisiones oportuna sobre políticas que reflejen la asesoría de la UAP. 1.3 Rápido desembolso del préstamo del BID y rápida utilización de los fondos para asuntos prioritarios.</p> | <p>1.1 Mayor satisfacción del MINSa en relación con el presupuesto 1.2 Inicio de los documentos de política/reformas del servicio 1.3 Informes de seguimiento</p> | <p>La UAP cuenta con un personal adecuado y la rotación del personal no es excesiva.</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Resultados</p> <p>1. Incremento de la capacidad en temas centrales dentro de la UAP</p> <p>2. Informes de consultoría/documentos de estrategia del MINSA evaluando las opciones para la reforma del sector salud.</p> <p>3. Opciones para la reestructuración institucional del MINSA.</p> <p>4. Establecimiento de Nuevos sistemas del MINSA para la administración, planificación y administración de programas de salud mejorados a nivel Central y Regional.</p> <p>5. Mayor difusión de las reformas en el personal de más categoría del MINSA hacia los gerentes regionales.</p> <p>6. Programa de capacitación para el personal del MINSA en temas centrales.</p> <p>7. Capacidad de entrenamiento en planificación, financiamiento, y administración de la salud establecidos.</p> | <p>1. Número de personal calificado en la UAP/ Resultado de la UAP</p> <p>2. Desarrollo de la estrategia de Planificación del Sector Salud por *; los sistemas están siendo diseñados, puestos a prueba e implementados según el plan; criterios para la distribución de los recursos desarrollados por *; un mejor conocimiento de los costos de los servicios de atención de salud por *;</p> <p>3. Desarrollo del documento descriptivo sobre la estructura del MINSA por *</p> <p>4. Identificación de las áreas prioritarias por * . Desarrollo de los planes de implementación por * .</p> <p>5. Número de participantes en las visitas de estudio, seminarios, y talleres.</p> <p>6. Aplicación de una evaluación de las necesidades de capacitación y la política y estrategia de desarrollo de recursos humanos desarrolladas por* .</p> <p>7. Provisión de capacitación a nivel central y regional según se indica en el estudio de evaluación.</p> | <p>Informes del MINSA.</p> <p>Informes de CBSP</p> <p>Control de GDP</p> <p>6 informes mensuales de progreso efectuados por el GP</p> <p>Publicación de los documentos descriptivos y planes de estrategia.</p> <p>Revisión conjunta por parte de la ODA/GdP</p> | <p>Toma de decisiones políticas sobre los roles del gobierno central, regional y municipal.</p> |
|--|---|--|---|

| Actividades | Aportes | | |
|--|---|--|--|
| <p>1. Fortalecer la UAP en el MINSA; apoyo del GP; provisión de un consultor en sistemas Económicos/Financieros; y un consultor en organización/administración.</p> <p>2. Revisar el marco del proyecto, desarrollando objetivos controlables para el fin y los resultados.</p> <p>3. Planes de trabajo para proyectos anuales de la UAP y acordados por GDP/ODA.</p> <p>4. Control conjunto por parte de GB/GdP del proyecto y retroalimentación para el diseño de actividades futuras.</p> <p>5. Apoyo de una consultoría a corto plazo para el desarrollo de sistemas de administración en el MINSA; y el desarrollo de sistemas de salud adecuados a nivel regional y subregional. Enfocada sobre el financiamiento, planificación y administración.</p> <p>6. Giras de estudio a Europa y Latinoamérica para analizar las estructuras del MINSA y las reformas en el sector salud.</p> <p>7. Talleres para el personal central y regional sobre la reforma del sector salud.</p> <p>8. Apoyo a la evaluación de las necesidades de capacitación del MINSA.</p> <p>9. Otorgar becas de capacitación en el extranjero y en el interior de país a corto plazo, en conformidad con los resultados obtenidos de la evaluación de necesidades.</p> <p>10. Implementar una serie de cursos específicos de capacitación en el país.</p> <p>11. Estudiar y ayudar al desarrollo de la capacidad de algunas instituciones peruanas para proporcionar una capacitación adecuada en temas claves.</p> | <p>Apoyo de consultoría local.</p> <p>Consultorías de GB.</p> <p>Giras de estudio y capacitación en el extranjero.</p> <p>Apoyo de capacitación local.</p> <p>Costos de seminarios/talleres</p> <p>Aportes precisos sujetos a un desarrollo detallado.</p> <p>Recursos de cooperación técnica de GB por £1.54m.</p> | | |

* a complementarse durante el período inicial.

UK Technical Cooperation Programme

PROJECT MEMORANDUM

MINISTRY OF HEALTH CAPACITY BUILDING PROJECT - PERU

Latin America, Caribbean and Atlantic Department
OVERSEAS DEVELOPMENT ADMINISTRATION/UK
April 1995

MINISTRY OF HEALTH CAPACITY BUILDING PROJECT - PERU

1. SUMMARY

1.1 The goal of this project is to promote the more effective utilisation of human and financial resources in the health sector in Peru. The direct purpose is to strengthen the capacity of the Ministry of Health in the key areas of health policy, planning, financing and management - at central and regional levels. Project objectives will be achieved through the provision of targeted technical assistance. The project will run for 3 years from 1995 to 1998 at a total cost of £1.54m.

1.2 Project activities and inputs will seek to strengthen the Project Management Unit (PMU) of the Ministry of Health (MoH), and establish systems and training for to improving health policy making, planning, financial and other resource management capacity. The project will also help MoH officials to identify options for the restructuring of the Ministry and further health sector reforms. A project framework is at page 2.

1.3 The project will adopt a process approach to implementation so that activities and inputs will accurately reflect the needs of the Ministry and changing circumstances in the country. Overall project management and achievement of the project objectives will be the responsibility of the MoH. A Peruvian Project Manager (PM) will be appointed by the Minister of Health, working within the PMU and in consultation with a Project Steering Group (PSG). UK project inputs will be facilitated through ODA's Health and Population Programme Field Coordinator (UKFC) based in Lima, working in close consultation with the PM and MoH officials. The ODA Project Officer will be LACAD's desk officer for Peru. Detailed management arrangements are described in section 12.

1.4 This project is part of a programme of health and population agreed in principle between the ODA and the Government of Peru in an Aide Memoire dated November 1993. It is anticipated that sector support of approximately £4m will be provided between 1994 and 1998.

2. RECOMMENDATION

2.1 It is recommended that ODA provides £1.54m in technical cooperation support as described in this project memorandum and framework.

3. SPECIAL CONDITIONS

3.1 The Ministry of Health to develop a full job specification (jointly with the UKFC), then identify and appoint a Project Manager to be responsible for implementing the project.

3.2 The MoH to establish the Project Steering Group as soon as possible after project approval.

3.3 The MoH to ensure that the PMU is adequately staffed, and to ensure stability of posting of staff central to the implementation of the project.

3.4 The release of annual budgets is contingent on ODA approval of project annual work plans, which will include a revised project framework containing updated and monitorable performance indicators.

| Activities | Inputs | | |
|--|---|--|--|
| <p>1. Strengthen the PMU in the MoH: support for PM; provision of Economic/ Financial systems consultant; and organisation/ management consultant.</p> <p>2. Revise project framework developing monitorable targets for purpose and outputs.</p> <p>3. Annual project work plans developed by PMU and agreed by PSG/ODA.</p> <p>4. Joint UK/GoP monitoring of project and feedback into design of future activities.</p> <p>5. Short term consultancy support for management systems development in MoH; and the development of appropriate health systems at the regional and sub-regional levels. Focus on finance, planning, management.</p> <p>6. Study tours to Europe and Latin America to explore MoH structures and health sector reforms</p> <p>7. Workshops for central and regional staff on health sector reform</p> <p>8. Support training needs assessment of MoH.</p> <p>9. Provide short term overseas or in-country training awards in line with needs assessment findings.</p> <p>10. Implement a number of specific training courses in country.</p> <p>11. Study and help develop capacity of some Peruvian institutions to provide appropriate training in key topics.</p> | <p>Local consultancy support.</p> <p>UK consultancies.</p> <p>Study tours and overseas training.</p> <p>Local training support.</p> <p>Seminar/workshop costs.</p> <p>Precise inputs subject to detailed development.</p> <p>UK Technical cooperation resources of fl.54m</p> | | |

* to be completed during inception period

PROJECT TITLE: **MINISTRY OF HEALTH CAPACITY BUILDING PROJECT - PERU**

PERIOD OF ODA FUNDING: mid 1995 - mid 1998

TOTAL ODA FUNDING: £1.54m

| NARRATIVE SUMMARY | INDICATORS OF ACHIEVEMENT | MEANS OF VERIFICATION | IMPORTANT ASSUMPTIONS |
|--|---|---|---|
| <p>Goal</p> <p>1. To improve access to essential health care, and in particular reproductive health care, through more effective utilisation of human and financial resources in the health sector.</p> | <p>1.1 MoH able to spend financial resources available to it effectively and efficiently</p> <p>1.2 Improved service coverage and utilisation especially in the rural Sierra.</p> <p>1.3 Human Resource Development Strategy established.</p> | <p>1.1 IDB loan disbursed Budget documents Project monitoring</p> <p>1.2 National surveys/ statistics; utilisation rates in new clinics in rural areas.</p> <p>1.3 Training plans and events.</p> | <p>GoP political and financial commitment to health reform process.</p> <p>MoH commitment to good staff management and improving staff development systems.</p> |
| <p>Purpose</p> <p>1. Strengthen the capacity of the MoH in key areas of health policy, planning, financing and management at Central and Regional levels.</p> | <p>1.1 Improved and effective planning, finance & management systems implemented at both levels.</p> <p>1.2 Timely policy decisions made which reflect PMU advice.</p> <p>1.3 Quicker disbursement of IDB loan and utilisation of funds on priority issues.</p> | <p>1.1 Increased MoF satisfaction with budgeting,</p> <p>1.2 Policy papers/ service reforms initiated.</p> <p>1.3 Monitoring reports</p> | <p>PMU is suitably staffed and turnover is not excessive.</p> |
| <p>Outputs</p> <p>1. Increased capacity in focus topics within PMU.</p> <p>2. Consultancy reports/MoH strategy papers evaluating options for reform of health sector.</p> <p>3. Options for institutional restructuring of MoH.</p> <p>4. New MOH systems in place for improved health programme management, planning, and administration at Central and Regional levels.</p> <p>5. Increased awareness of reform issues in senior MOH staff to regional managers.</p> <p>6. Training programmes for MoH staff in focus topics.</p> <p>7. Training capacity in health planning, financing, management and administration established.</p> | <p>1. Number of qualified staff in PMU/Output of PMU</p> <p>2. Health Sector Planning strategy developed by * ; systems being designed, tested implemented according to plan; criteria for resource allocation developed by * ; improved knowledge of costs of health care services by * .</p> <p>3. Development of position paper on MoH structure by *</p> <p>4. Identification of priority areas by *. Development of implementation plans by * .</p> <p>5. Numbers attending study visits, seminars and workshops.</p> <p>6. Training needs assessment conducted and human resources development policy and strategy developed by *.</p> <p>7. Provision of training at central and regional level as set out in assessment study</p> | <p>MoH reports</p> <p>UKFC reports</p> <p>PSG monitoring</p> <p>PM 6 monthly progress reports</p> <p>Publication of position papers and strategic plans</p> <p>Joint ODA/GoP review</p> | <p>Political decisions made on the roles of central, regional and municipal government.</p> |

4. BACKGROUND

4.1 Peru has been identified as a priority country for ODA health and population assistance. An ODA team visited Peru in November 1993 in order to draw up a strategy for ODA support to the health and population sector. Following an analysis of the situation in Peru, and taking account of ODA's own objectives and the work of other donors, the ODA agreed with the Government of Peru to focus support on two key areas:

- i. capacity building for the MoH with the objective of ensuring the more effective utilisation of human and financial resources in the health and population sector; and
- ii. direct support for efforts to strengthen the coverage and quality of reproductive health services through the programmes of international agencies and NGOs.

This programme of health and population assistance is directed at ODA's priority objective to promote human development, including better health and children by choice. It is also consistent with ODA's country strategy for Peru.

4.2 In March 1994, a team (comprising experts in health management and financing) visited Peru to explore ways in which ODA could support the MoH and assist it to cope with the major policy and organisational changes taking place in the health sector. A process of rapid change has started, but there is considerable uncertainty about the precise form many of the changes will take. The pressure for change has come about as a result of the economic adjustment process and the need to minimise the negative effects of this process, and also as a part of wider programmes of social reform initiated by the Fujimori Government. Both Government and international financial institutions have provided considerable financial resources to support health sector reform but the human resource capacity in the MoH to implement change is a constraint to progress. An IDB loan of \$68m for health sector reform will provide equipment, systems development support and staff training, with PAHO coordinating the TC elements of this work. However draw down of the loan is constrained by slow progress in determining the reform programme. There is no sustained donor support within the MoH to help define options and needs. ODA consultants worked closely with MoH officials to identify immediate technical assistance needs, as identified in this memorandum. They recommended a flexible, process approach to further project development and implementation so that inputs could be well matched to tackle priority problems as they arose.

4.3 The broad aim of the reform programme is to establish an integrated, regionalised, National Health Care system in which the various public, semi public (IPSS) and private sector health establishments participate. Within this framework priority has been given to a number of issues:

- defining the institutional operating framework, especially at regional level, where responsibility for health service provision now lies;
- coordinating health service delivery at all levels;
- restoring the capacity of health establishments to provide services; and

- re-establishing national information flows in order to facilitate sector wide planning and thus channel resources to the groups that need them most.

4.4 A key feature of the newly reformed system is the redefinition of the role of the MoH promulgated in a decree issued in 1990. In the new system the Ministry has a reduced role in health care delivery, but increased responsibilities for the development of health policy and the coordination and regulation of health services. The MoH's new organisational structure and description of functions was promulgated through a Presidential Degree in August 1992. The limited capacity of the MoH in assuming its new role has been a major hindrance to the wider health sector reform process. Operating units within the Ministry of Health were reduced from more than 300 to around 40. However, the new organisational model could never be fully implemented, partly as a result of the cuts in Ministry staff numbers which left the Ministry deprived of skilled human resources. This project aims to address this problem and rebuild capacity in the Ministry.

5. PROJECT DESCRIPTION

5.1 The goal of this project is to enable the more effective utilisation of human and financial resources in the health sector in Peru. In order to do this, the project will support efforts to strengthen and further develop technical capacity and systems in the MoH in selected areas of health policy development, planning, financing, and management - at central and regional levels. The project will also support the development of training capability in Peru in these skills. In addition the project will assist the MoH to explore options for further restructuring the Ministry, and also identify ways to implement the programme of health sector reform. The project will address these areas in the following ways:

Strengthening the PMU/MoH

5.2 The project will support the development of the newly created Project Management Unit as an entry point to develop more effective and efficient organisational, financial and management systems in the Ministry of Health. A Project Manager within the PMU will be appointed to manage the UK project and to assist work toward its aims. Outline TOR are at Annex 1. The project will fund the appointment by the MoH of two experts (preferably Peruvian) to work with the PMU. These consultants will each spend up to 21 days every 3 months, working with Ministry officials. They will act in an advisory capacity as set out in the draft TORs in Annex 2. The PM and UKFC will develop more specific TOR and detailed work programmes for the consultants during the project inception stage. One consultant would be a Senior Economic/ Financial expert who would help develop systems for implementing existing and future projects, including systems for costing inputs, financing mechanisms, public tendering, economic evaluation and monitoring.

5.3 The other consultant will be a senior organisational development/ management expert who assist the MoH with health systems decentralisation, and developing ways of strengthening the capacity of the MoH at the regional and sub regional level. The consultant would also assist with the implementation and testing of the newly developed systems at these levels. The project will also support additional local or UK consultancy inputs as required to test and implement work generated by the PMU, particularly at regional and sub-regional level. The precise consultancy needs would be determined by the PMU, but are envisaged to be in

such areas as general administration, accountancy, quality of health care issues, human resource planning and development, decentralised planning systems and support to the regional and sub-regional levels in developing appropriate health systems.

5.4 The impact of consultants support to the PMU will be evaluated on the basis of the systems they were able to establish or influence. It is expected that they would have a long term relationship with Ministry officials.

Exploring options for restructuring the Ministry and implementing the reform programme

5.5 The project will promote increased understanding of reforms implemented in other national health systems, both in Europe and Latin America, and increase interchange of ideas and experience. Study tours and visits to European and other Latin American countries will be provided for senior health officials in the Ministry. This will provide examples of experience of others, and provide ideas and options for restructuring the MoH and for the implementation of Peruvian health reform. Senior level consultants from Europe or the Latin American region would also be brought to Peru to advise the MoH or to participate in workshops. It is envisaged that a number of workshops, in Lima and regional centres, will be held to discuss findings, determine policies, disseminate understanding of reform or focus on specific implementation issues. The main output of this component will be the production of position and strategy papers by the MoH. Impact will be measured by the extent to which such outputs are effectively disseminated, fed into the policy making framework and ultimately influence policy.

Training

5.6 The MoH and other institutions in the Peruvian health sector are short of qualified technical personnel in areas essential to ensure efficient sector management. The project will provide opportunities for training of MoH personnel, overseas or in Peru, in the projects focal topics. At an early stage, a detailed training needs analysis will be done to determine wider training needs in the health sector and the training capacity of existing institutions. As appropriate, the project will support the development of in-country training programmes in selected areas of health programme planning, financing and management. Training will be targeted at health sector personnel at both central and regional levels.

6. THE PROJECT IN RELATION TO THE COUNTRY'S DEVELOPMENT POLICIES

6.1 The purpose of this project is to strengthen the capacity of the MoH to assume its new responsibilities in the health sector. The goal of Peru's national health reforms is to establish an integrated, regionalised national health care system in which various public and semi-public and private health establishments participate. The process of implementing these health sector reforms has been hindered by weaknesses inherent to the health sector in Peru of which the limited capacity of the MoH in assuming its new role is perhaps the most significant one.

6.2 The Government of Peru acknowledges the long standing problems of the health sector, and is committed to seeking substantive improvements. The new national health care system involves radical changes to the organisation of the health services including decentralisation, greater community participation, and more transparent accountability for the utilisation of scarce resources.

7. TECHNICAL APPRAISAL

7.1 The health sector in Peru is undergoing major policy and organisational changes amidst considerable uncertainty regarding the precise form many of these changes will take. Limited capacity exists within the MOH for handling change and, in particular, for handling the larger role it has been assigned as 'rector' of the health sector. Planning, policy development and regulation functions, all of which will assume increasing importance with the implementation of the reforms, require better definition. However, the pool of expertise in this area in the country as a whole is small. Within the Ministry accountability is poorly defined, skills in the formulation and execution of budgets are deficient and the capacity for analysing priorities and developing policies is not well developed. This project is concerned with ways to support the Ministry in selected areas of health policy formulation and development, planning, financing and management. The project will attempt to address three key areas of need in the health sector in Peru.

Explore options for restructuring the MoH and other health sector reforms

7.2 There is still an ongoing debate in Peru as to the precise form that decentralisation of health services should take particularly in relation to financing and management. Before recent reforms, the MoH operated through decentralised Departmental Health Units. All health establishments at national level came under the authority of the MoH. Under the new legal framework for regionalisation the MoH remains responsible for policy formulation and health sector regulation but the responsibility for health service provision was given to regional governments. As a result of the confusion following the abolition of regional government, many programmes are being implemented in a vertical manner through structures going directly from donors or government to the actual level of implementation often at municipality or community level. There is therefore little coordination of the substantial investments in the health sector and no way of fully monitoring the impact or effectiveness of the interventions.

7.3 It is also apparent that health systems continue to be unresponsive to the needs of individual districts and regions. There is a need to establish effective communications with decentralised units and to integrate feedback into an MoH coordinated process of policy formulation.

7.4 There is a need, identified by the MoH itself, to help policy makers explore, appraise and implement options for health sector reform that accommodate to the characteristics of the Peruvian health sector. The process of preparing the MoH to adapt to the changes in the sector is currently taking place through a series of task groups to review policy, organisational, decentralisation and other issues. There is considerable thinking at the senior levels within the Ministry but the current process has a number of limitations. All the thinking is occurring at the central level with no involvement of the regions, donors are influencing the nature of discussion.

7.5 It would appear that key MoH policy makers have not been exposed so far to the patterns and options for implementing reforms that governments have used in other Latin American countries and in the rest of the world, this is particularly the case in relation to the decentralisation of health services. Strategic inputs at this time to enrich the process of debate concerning reforms and particularly in relation to the role of the MoH, could be influential in more fundamental ways than is normally possible. ODA is well placed to respond to these opportunities.

Capacity building and systems development in the MoH

7.6 The new policy and regulatory role for the Ministry has never been assumed in practice for a variety of reasons. The actual planning capacity of the MoH is limited and the MoH staff have never had an opportunity to analyze, or fully understand their new responsibilities.

7.7 The limited capacity of the MoH is particularly apparent in relation to health budgeting and financing issues. The MoH sees little incentive in developing carefully thought out plans for the resources over which it has direct control (central administration, health services in Lima and Callao and certain vertical programmes). The process of establishing budgets has to date not been done on the basis of rational priority setting. The MoH therefore has little influence in negotiating sector budgets with the Ministry of Economics and Finance. There is therefore an urgent need to strengthen professional capacity in the MoH to develop adequate systems for planning, financing and management at the central and regional levels and a need for better definition of the role and structure of the MoH. Systems should attempt to build upon existing ones and make them more functional and responsive to emerging needs.

7.8 Because of its strategic importance the Project Management Unit of the Office of External Cooperation has been targeted to receive particular assistance. Strengthening the PMU will help the Ministry to access funds from other external donors such as the IDB which will help the Ministry to get back on its feet and help them to manage the resources available to it more effectively. The Unit will also become a focus of planning, financing and management for the Ministry in general.

Strengthening training capacity in Peru

7.9 The cumulative effect of drastic cutbacks in public sector employment, severe reductions in the remuneration of public employees, and inadequate human resources policies, has resulted in the loss of management capacity and inadequate coverage of management posts in the health sector. This situation has seriously affected the delivery of health services. The shortage of qualified personnel in technical and professional areas as well as the absence of effective management systems is reflected in the low quality of health services. Shortage of managerial and other staff is a sector wide phenomenon which affects the centre as much as the regions making the MoH unable to respond to its new role as regulatory and supervisory entity for the sector. It is reported that many public sector staff have left for the semi-public (IPSS) and private sectors but appraisal studies aimed at quantifying staff shortages and at determining which areas are worst affected have not been undertaken so far.

7.10 Lack of human resource planning in recent years has gone in hand with the absence of human resource development policies aimed at preparing public health sector managers to assume their new responsibilities under the framework of a restructured, reoriented MoH. Different training institutions (public, Semi public and private), continue to offer the same type of training they were providing in the past. There is therefore an urgent need to assess and analyze the training needs of the newly reformed health sector and to develop strategies for meeting the needs identified. The project will support a detailed needs assessment and identify the role and actual capacity of training institutions in Peru.

7.11 Given the immediate needs in the health sector support will be provided through the project to sponsor some short term training for key health officials and the establishment of some in service training for health sector staff while a wider human resources policy is being developed.

7.12 The nature of the problems identified requires that assistance from ODA will need to be flexible and responsive to emerging needs in order to adapt to changing circumstances. For this reason the package of assistance envisaged includes some general areas for ODA support but the precise details will emerge following further detailed analysis. It is critical that the project does not place additional burdens on an already stretched Ministry thereby exacerbating the very weaknesses the project is trying to address. The project monitoring and management arrangements are designed to ensure that there is an appropriate level of coordination of the various activities supported by the project and continuous appraisal of needs and dialogue with the Project Management Unit of the Ministry and the ODA Health and Population Field Manager and project consultants.

7.13 The selected areas for ODA support focus on policy and systems development which are critical to successful reform of the health sector. The approach recognises the comprehensive nature of the reforms, the policy links between the different components of the project and the mutually reinforcing benefits from supporting the components in parallel. The areas are consistent with ODA country strategy, and ones where ODA has a comparative advantage due to the UK reform experience and the pool of UK and other European "know how" to which it has access. These are also areas which other donors are not addressing in the Peruvian context. Other donor programmes are detailed in ODA's Health Sector Strategy for Peru of February 1994. A key task for the UKFC will be to maintain coordination with other donors throughout the project.

8. ECONOMIC JUSTIFICATION

8.1 Since Peru has re established its credibility as a borrower, substantial external funding has begun to flow into the country with the MoH being one of the main beneficiaries. There are over \$300 million in aid which will be channelled to the health sector over the next few years. Although the funds provide a much needed infusion it is doubtful that the Ministry will have the capacity to absorb, administer and spend these levels of assistance efficiently or effectively. This is illustrated by the \$98 million IDB loan to strengthen health services. A project Coordination Unit has been created in the MoH to manage and administer the project but because of lack of capacity in the MoH has been unable to establish itself or perform the planning and administrative functions to enable monies to be released. Support from ODA to strengthen the Project Management Unit in the MoH will ensure that the MoH is able to effectively plan and administer and manage the resources available to it.

8.2 The outcomes of this project in relation to strengthened capacity in the Ministry of Health in relation to health policy making, planning, financing and management are fundamental to the success of the existing health reforms and for any future reform plans. If the MoH is able to fulfil its functions effectively and efficiently it will ultimately lead to improved health services throughout the country, which will in turn lead to better health status and higher economic productivity.

8.3 The project will provide information and analysis to enable decision makers to make informed policy decisions on human resources. Appropriate policies and related assistance will increase output, in terms of health care delivery from the staff available. This is because the project will lead to a better distribution of staff throughout the country and an improved balance between different cadres of staff at health facilities. The project will also help improve the quality of work done by improving the competence and the morale of staff.

9. SOCIAL APPRAISAL

9.1 The project will not have a direct impact on reducing poverty but will make an important indirect contribution by promoting more equitable distribution and utilisation of health sector resources including both finances and better trained and motivated health providers. It will also improve access by the poor, particularly the indigenous population in remote areas, to better functioning services.

9.2 The specific needs of women presently receive inadequate priority, particularly in the area of reproductive health care. The project will promote a gender approach to policy and planning and this, together with encouraging more training for senior women staff, should result in more effective targeting of services to the various beneficiary groups.

9.3 A significant proportion of the health workforce are women, but they are not well represented at the policy and managerial level. The project will encourage the development of human resource policies and practices which are more sensitive to practical and gender needs of women health workers, for example through reducing the barriers they face in accessing training and career development opportunities. The project is classified as WID relevant.

10. INSTITUTIONAL AND FINANCIAL APPRAISAL

10.1 Spending on the health sector at \$8 per head (1990) is low by regional standards. It is insufficient even to meet the World Bank's essential basic package. In such circumstances it is vital that the available resources are used effectively.

10.2 Government spending has been squeezed by the economic stabilisation measures instituted in 1990. This led to large cuts in the numbers of public sector employees (with MoH HQ complement reduced to only 750 employees compared to some 3000 previously) and strict enforcement of wage controls.

10.3 At the same time the Fujimori government pursued an active policy of decentralisation with the aim that the MoH should concentrate on strategic planning including regulation of the private sector and the regions assuming greater responsibility for service provision.

10.4 In practice, the planning capacity of the MoH is extremely limited by the shortage of technical and professional staff, the lack of a clearly defined planning function and adequate management systems and the suspension of the decentralisation programme in 1992. The quality and productivity of services still provided directly by the MoH remains low.

10.5 Current provision is characterised by a lack of coordination between the MoH and the regions and at the other end of the spectrum a lack of community involvement in planning decisions. Of particular concern are the lack of access to

services in the rural areas and poor financial management which has resulted in the lack of funding for non-salary recurrent costs such as drugs and maintenance.

10.6 The aim of this project is to review options for restructuring the MoH and enhance the capacity of the available staff to implement reforms through training. Particular emphasis will be placed on developing systems for costing the provision of health services - a major impediment to health sector planning - and for allocating resources more equitably by region. An appraisal will be made of current planning capacity in the regions and in the MoH and measures to clearly define roles and utilise this capacity more effectively will be developed.

10.7 The benefits of the project are likely to be sustainable provided there is continued political commitment towards health sector reform. Financial sustainability is less of an issue as this project will only have minor recurrent cost implications. The consultancy inputs are intended to be of a strategic one-off nature and the longer term consultants work will consist largely of an advisory role to help the PMU establish and pilot sustainable systems rather than implementation itself.

11. ENVIRONMENTAL APPRAISAL

11.1 There are no significant environmental implications of the project.

12. ARRANGEMENTS FOR IMPLEMENTATION

Summary

12.1 Implementation of the project will be the responsibility of the Ministry of Health. A Peruvian Project Manager (PM), will work within the PMU of the MoH. A Project Steering Group (PSG), comprising Peruvian and UK participants, will monitor and guide overall progress and direction of the project. UK inputs will be coordinated by the UKFC. Detailed activities and inputs will be defined as the project progresses, through the development of annual work plans prepared by the PM (in consultation with the UKFC) for approval by the PSG and ODA before annual budgets are released. Within the agreed annual plan, the UKFC will have delegated authority from ODA to make operational adjustments requested by the PM which are consistent with the agreed project objectives and within the budget.

Inception activities

12.2 The MoH, in consultation with the UKFC, will develop the TOR at Annex 1, and identify and appoint a Project Manager to work within the PMU. It is proposed that the PM will receive some form of remuneration from the project in recognition of the extra duties the task will entail. The PM, in consultation with the UKFC, will develop proposals for the membership and function of the Project Steering Group. It is envisaged that the PSG will be chaired by the Minister of Health or his deputy, and include the PM, UKFC, a representative of the British Embassy on behalf of the ODA, and others as considered necessary by the Minister for Health or the Government of Peru. The PSG will guide the overall progress and direction of the project.

12.3 The PM will develop the TOR at Annex 2 and initial work plans for the two consultants to work with the PMU. In consultation with the UKFC, the PM will identify the and establish contracts for the consultants, funded by the project.

12.4 The PM will also discuss and develop the overall project framework with the UKFC, and draft the first annual work plan for submission to an early meeting of the PSG. These plans will include the development of performance indicators and will also outline agreed approaches to monitoring. Following PSG agreement, the UKFC will submit the work plan to ODA for approval together with an estimated budget. It is possible that at the outset a 6 month work programme would be more suitable. This will be agreed during the inception period.

12.5 TOR for the UKFC (in relation to this project) are given at [Annex 3](#). The ODA will appoint project support services as necessary to provide the UK inputs envisaged for the project. These services will be accessed by the project through the UKFC. Outline TOR for UK project support services are given at [Annex 4](#).

On-going project management

12.5 The PM will be responsible for implementation of agreed activities on a day to day basis. This will include the drafting of TOR for consultancies, defining requirements for study visits/training etc. The PM will be responsible for ensuring that Peruvian inputs to activities are appropriate and timely, and for initiating UK inputs at the appropriate times by early liaison with the UKFC. The PM will convene PSG meetings at least at 6 monthly intervals, preparing a brief report for the meeting reflecting project progress against overall objectives and against the annual work plan. These reports will be passed to ODA through the UKFC. The PM, in consultation with the UKFC, will prepare a new annual work plan at least two months before the end of annual periods, for consideration by a meeting of the PSG and by ODA.

12.3 The UKFC based in the office of the British Council in Lima, will work with the PM to ensure activities to be funded by the project will be acceptable to the ODA, and will be responsible for coordinating with UK supply agents to provide services, or as envisaged in this memorandum, funds for activities within Peru. Once ODA approval for the work programmes has been agreed, the UKFC will have delegated authority to make operational adjustments consistent with the agreed project objectives and within the annual budget. Activities which are not clearly within these limits, are unusual or require funds which would mean exceeding the agreed annual budget, must be referred to the ODA for prior approval.

13. MONITORING OF THE PROJECT

13.1 Monitoring of the implementation of the project is a key role of the PSG. On behalf of ODA, in-country responsibility for monitoring project impact will rest with the UKFC. He may receive some technical support in this respect from an independent expert appointed by the ODA. The UKFC will be expected to monitor performance against objectives on an ongoing basis and to provide reports to ODA on a 6 monthly basis. The reports will be based on, and expand, the PM's reports to the PSG. LACAD Desk Officer and Health and Population Adviser will review project reports, and may make monitoring visits as deemed necessary. The ODA may use an independent reform expert to review reports and to make monitoring visits to the project on behalf of ODA.

13.2 Project performance indicators will be developed during the inception period. It is not possible at the outset to identify appropriate indicators at the purpose level, except in broad terms, as many of the activities involve the identification of options. The TORs for project activities will include the development of indicators

which will be incorporated into revisions of the project framework during the inception period and to accompany annual work plans for PSG/ODA approval.

13.2 It is envisaged that a joint ODA/GoP review of the project will take place before the final year of the project. The UKFC will be responsible for drafting an ODA project completion report following the end of the project.

14. PROJECT BUDGET AND FINANCIAL MANAGEMENT

14.1 The following outline budget is subject to detailed annual approval by ODA:

| <u>Year 1</u> | <u>Year2</u> | <u>Year 3</u> | |
|---------------|--------------|---------------|--|
| 100 | 100 | 100 | Local staff payments (PM, PMU consultants, ad hoc consultancy) |
| 40 | 60 | 60 | In-country training/workshops. |
| 80 | 100 | 100 | Overseas training and study visits |
| 100 | 140 | 160 | UK consultants |
| 70 | 80 | 80 | Project management |
| 50 | 60 | 60 | Contingency |
| <hr/> | | | |
| 440 | 540 | 560 | TOTAL £1.54m |

14.2 Payments of in-country activities will be authorised by UKFC from an ODA project account administered by the British Council in Lima. Project payments in the UK will be administered by the ODA.

15. RISKS

15.1 One risk to the project could be the open and flexible way of determining the project inputs. To minimise the possibility that the project degenerates into a disjointed set of activities with little overall impact the PSG, UKFC and ODA monitors will need to ensure a clear and coordinated programme of activities in close consultation with PMU officials.

15.2 A risk to the project is the limited capacity of the MoH to cope with an additional international project. This will be minimised by careful planning and timing of project inputs to ensure that MoH staff will benefit fully from them.

15.3 Current structures and staff in the MoH could change and impact on the project affecting the possibility of success. The project will attempt to minimise this risk by working closely with the MoH at all times and is designed to serve the MoH irrespective of possible changes in staff.

LACAD/ODA
April 1995.

Outline Terms of Reference for Project Manager

Within the Project Management Unit of the Ministry of Health, the Manager of the ODA Project will liaise with the UK Health and Population Programme Field Coordinator to:

- Recommend the membership and functioning of a Project Steering Group to be chaired by the Minister of Health or his deputy;
- Participate in meetings of the PSG
- Be responsible for the day to day management of the ODA project.
- Prepare annual workplans, elaborate detailed project objectives, prepare task specifications for consultancies, training etc.
- Coordinate local inputs including financial inputs, staff releases for training purposes etc as necessary for project activities.
- Report on project achievements as specified in the project memorandum.

TERMS OF REFERENCE FOR PMU CONSULTANTS

General

1. Both consultants shall be located within the Project Management Unit within the MoH. The experts should be Spanish speaking (preferably Peruvian) with wide experience in health systems, health sector reform and organisational change within a regional or international context. They should also be experienced in programme negotiations with senior policy makers.
2. Consultants to be available for around 21 days every 3 months (to vary depending on need).
3. Within TOR agreed by MoH, PM and UKFC, consultants will develop a detailed work plan on a six monthly basis.

Consultant 1: SENIOR ECONOMIC/FINANCIAL EXPERT

Main tasks will include:

To assist the MoH in developing the planning systems, at Central and Regional levels, necessary to improve the efficiency and equity with which resources in the health sector are used.

To assist in the testing and evaluation of the schemes introduced.

To advise on training requirements

Consultant 2: SENIOR MANAGEMENT/ORGANISATION EXPERT

Main tasks will include:

To assist the MoH in developing the planning systems, at Central and Regional levels, necessary to improve the efficiency and equity with which resources in the health sector are used.

To assist in the testing and evaluation of the schemes introduced.

To advise on training requirements

TERMS OF REFERENCE FOR UK HEALTH AND POPULATION FIELD COORDINATOR (relating to MoH Capacity Building Project)

1. To brief stakeholders on the objectives and mechanisms of the ODA project.
2. To assist the Ministry of Health in the inception of the project, including the identification of a Project Manager, the establishment of the Project Steering Group and generally ensuring that effective project management systems are put in place.
3. To assist the Project Manager, in specifying inputs (particularly the two PMU Consultants) including detailed costing and detailed TORs, for first and subsequent years. Assist with the development of outcome measures with a view to measuring impact.
4. Participate in Project Steering Group meetings and report outcome to ODA.
5. Direct project support agents to ensure appropriate and timely provision of UK project inputs.
6. Authorise in-country project payments, approve training/consultancy plans which will be funded in UK, approve modifications of project plans within delegated authority, report back to ODA as requested on forecasts of project spending within UK financial years.
7. To provide briefing for external consultants.
8. Monitor progress against targets on a regular basis reporting as specified in the project memorandum. Advise PM and ODA without delay of any factors which are likely to delay or prevent project objectives being met. Assist in identifying remedial action as necessary.
9. Liaise closely with other donors involved in the health sector in Peru to ensure that project activities compliment, and are coordinated with, on-going interventions.
10. Carry out follow-up activities identified by Consultants or ODA advisers and administrators. Provide support to GoP/ODA project review.

TERMS OF REFERENCE FOR PROJECT SUPPORT SERVICES

1. Background

1.1 The Overseas Development Administration (ODA) has recently agreed a three year programme of support to the Government of Peru with the main aim of strengthening the planning and financial management capacity of the Ministry of Health and also to assist in reviewing options for reform of the health sector. The project will provide a targeted programme of consultancy and training inputs to the value of £1.54m in specific areas where gaps in expertise have been identified and where the UK has a comparative advantage in providing the necessary "know how". Full details can be found in the Project Memorandum and Framework.

1.2 The ODA now wishes to appoint a management agent(s) to provide the necessary UK inputs for the successful implementation of this project. It is anticipated that the project will begin in June 1995 and run over approximately three years.

2. Terms of Reference

2.1 Management of the ODA project will be the responsibility a Peruvian Project Manager working within the Ministry of Health. All UK inputs will be coordinated through the ODA's Health and Population Programme Field Coordinator (UKFC) based in the British Council Office in Lima. Project Support Agent(s) will be responsible to the UKFC for the effective and timely implementation of contracted project services.

2.2 The following services are required:

2.1 UK technical advice:

Nominate a technical liaison officer to provide technical support as required by the UKFC or other project support agents.

Provide day to day technical advice to Project as requested.

Advise on sources of appropriate UK expertise and training.

Brief selected UK consultants on project and assignment objectives.

Monitor project reports and provide comments to UKFC and ODA where relevant to the effective and timely delivery of the project objectives.

2.2 UK recruitment

With the help of the technical liaison officer, identify consultants and experts, contract and pay claims and costs of missions to Peru.

Clear CV with the UKFC and, on confirmation of acceptability and timing, ensure briefing and local administration arrangements are communicated to consultants.

Ensure that consultants reports are produced promptly and copies passed to the UKFC. Copies also to ODA.

2.3 UK training support

Identify in consultation with the technical liaison officer, suitable training courses, attachments or study tours for Peruvian project participants.

Administer arrangements with institutions and make payments to trainees and ensure personal support as necessary during UK visits.

Academic reports where relevant to be obtained promptly and passed to UKFC.

LACAD/ODA