

Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú

Equity and investment in the public health system of the Republic of Peru

José Antonio Monje Vargas

Licenciado en Antropología Social. Coordinador Regional de Monitoreo y Evaluación para América Latina y Caribe. Save The Children, España.

RESUMEN

Introducción La inversión pública del Estado peruano en salud se ha incrementado significativamente en los últimos cinco años. Sin embargo, persisten serios problemas de inequidad en la asignación de los recursos, en la concepción del sistema de inversión y en su gestión.

Objetivo Reflexionar entorno a la lógica de la inversión pública en salud que permita brindar oportuna asesoría al Ministerio de Salud del Perú en un intento de lograr la optimización en el uso de los recursos disponibles y un mayor impacto en los principales indicadores sanitarios.

Métodos Revisión de documentación institucional del Ministerio de Salud del Perú, de informes de seguimiento y evaluación de proyectos de inversión implementados, entrevistas estructuradas al personal del Ministerio de Salud del Perú y consulta a expertos en inversión pública, políticas sociales y salud pública.

Resultados Varias regiones peruanas, entre ellas, Huancavelica y Puno, tienen mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años y mayores tasas de mortalidad infantil, respectivamente, y sin embargo, no son precisamente las que invierten más en salud, a pesar de que en la mayor parte de estas regiones se desarrollan actividades mineras a cargo de empresas transnacionales. Se detectó falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa en el personal a cargo del trabajo sobre inversión pública en salud. El Sistema Nacional de Inversión Pública tiene problemas estructurales, entre ellos, desarticulación de la perspectiva sistémica integral, insuficiencia de mecanismos de planificación, seguimiento y evaluación y poca participación de la población destinataria.

Conclusiones Para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores

resultados sanitarios, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad.

Palabras clave: Equidad, inversión en salud, proyectos de inversión pública en salud, Sistema Nacional de Inversiones Pública (SNIP), Perú.

ABSTRACT

Introduction The public investment of the Peruvian state in health care has significantly increased in the last five years. However, there are still serious problems of inequality in terms of allocation of resources, conception of the investment system and management.

Objective To make reflections on the logics of the Peruvian public investments in health care that will allow providing adequate advice to the Ministry of Health of Peru, in an attempt to optimize the use of available resources and to have bigger impact on the main health indicators.

Methods Review of documents from the Ministry of Health of Peru, of follow-up reports and of the evaluation of implemented investment projects; structured interviews to the staff of that ministry and consultation to experts in public investment, social policies and public health.

Results Several Peruvian regions like Huancavelica and Puno have high percentages of chronic malnutrition in under 5 years-old children and higher rates of infant mortality respectively. However, they do not have large investments in the field of health care, despite the mining activities that are developed in these regions in charge of transnational companies. Lack of budget management and operational capacity was detected in the staff responsible for the public investments in health. The National System of Public Investment has structural problems such as breaking up of integrated systemic perspectives, inadequacy of planning, follow-up and evaluation mechanisms, low level of participation of the recipient population and shortage of cross-sectional approaches to investment.

Conclusions For the purpose of optimizing the public investments in health and to achieve better results, it is required to carry out technical and conceptual rearrangement of the National Public Investment System by adding indispensable elements of social efficiency, quality and solidarity.

Key words: Equity, investment in health, projects of public investment in health, National System of Public Investments in Peru.

INTRODUCCIÓN

En los últimos cinco años se ha producido un marcado incremento de la inversión pública del Estado peruano, gracias al crecimiento sostenible de su economía. Los sectores más beneficiados por esta situación han sido los de infraestructura productiva y servicios sociales. De acuerdo a los datos oficiales proporcionados por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la inversión pública en salud viene formando parte de este *boom* de inversiones, mostrando en el año 2010 un aumento de 65 % respecto al año anterior (de 121,5 a 190 millones de dólares americanos aproximadamente). El MINSA, como organismo rector central, junto con los gobiernos regionales, tienen programado gestionar entre el año 2009 y el

2011 más de 2 000 millones de dólares americanos para la ejecución de obras de infraestructura hospitalaria en todo el país.¹ Dicho gasto constituye un importante avance en el esfuerzo de cerrar la brecha de inversión en infraestructura de establecimientos de salud generada en los últimos 25 años, que al 2009 llegaba alrededor de 3 215 millones de dólares americanos.

Sin embargo, a pesar de contar con un panorama bastante favorable para su crecimiento continuado, la inversión pública en salud en el Perú presenta actualmente dos graves problemas: uno de carácter estructural y otro de tipo operativo. Debido al esquema descentralizado que poseen las inversiones públicas peruanas, tanto sociales como económico-productivas, no siempre los mayores montos de inversión se destinan a las regiones que presentan las máximas carencias. En salud, por ejemplo, los mayores volúmenes de inversión pública no necesariamente se planifican ni ejecutan en los lugares donde los principales indicadores de este sector son más preocupantes. Esta distribución de la inversión en salud marca una pauta de inequidad desde su propia concepción, sin que desde el Estado central se actúe para equilibrar dicha situación. Por otro lado, a nivel operativo, del total anual asignado por el Estado (a nivel central, regional y local) en el año 2010 para Proyectos de Inversión Pública (PIP) en salud, equivalente a 2 107 167,15 nuevos soles (aproximadamente 752 559,862 dólares americanos) solo fue ejecutado poco más del 42 %.² La mayor parte de este monto debió ser gestionado por los gobiernos regionales, los mismos que comparativamente con el resto de niveles de gobierno (nacional y local) presentaron los porcentajes más bajos de ejecución presupuestal.

Ante esta situación, se presenta la paradoja de contar con un presupuesto suficiente para cerrar parte importante de la brecha de inversión existente, además de poseer, por lo menos en teoría, uno de los mejores sistemas de gestión y supervisión del gasto público en América Latina,³ pero al mismo tiempo, no poder cubrir satisfactoriamente las necesidades de inversión detectadas debido a una dramática falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa.

Cabe entonces preguntarse, ¿cuál es la lógica de la inversión pública en salud en Perú?, ¿cuál es el rol del Estado central en la gestión de esta inversión?, ¿a qué se deben estos bajos niveles de inversión efectiva?, ¿cuáles son los efectos e impactos que propicia esta situación en términos de limitación en los logros sanitarios? El trabajo que a continuación presentamos, pretende incrementar la luz entorno a estas interrogantes, hurgando en las posibles causas y desarrollo de la paradójica situación.

MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo como parte de una asesoría a la Alta Dirección del Ministerio de Salud de la República del Perú entre los meses de agosto de 2010 y marzo de 2011. A solicitud del Despacho Ministerial, se analizó la situación del sistema de salud en el país, poniendo especial énfasis en los mecanismos de gestión e información de los programas y proyectos prioritarios. Consistió, en un primer momento, en la revisión documentaria disponible en el Despacho Ministerial y Direcciones Generales del MINSA. Posteriormente, además de la información secundaria, se realizaron entrevistas con los principales funcionarios de la Alta Dirección: Despacho Ministerial, Gabinete de Asesores, Despacho Viceministerial, Oficina General de Planificación y Presupuesto (OGPP), Oficina General de Cooperación Internacional (OGCI), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPP), Dirección General de Salud de las Personas (DGSP),

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM), Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), así como también con las Direcciones Regionales, Oficinas de Proyectos de Inversión y Organismos Descentralizados (Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-ParSalud, Fondo Mundial de Lucha Contra el sida, la tuberculosis y la malaria, Instituto Nacional de Salud-INS).

Un tercer momento de la investigación, consistió en llevar a cabo entrevistas periódicas con los representantes de organismos privados especializados en promoción de la salud, Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD), institutos de investigación social en salud (Consortio de Investigación Económica y Social-CIES, Grupo de Análisis para el Desarrollo GRADE) y organismos estatales relacionados con la gestión de inversiones públicas (Dirección General de Planificación Multianual del Sector Público, Unidad de Seguimiento y Evaluación de la Inversión Pública y entidades del Ministerio de Economía y Finanzas de la República del Perú).

RESULTADOS

Inversión pública en salud en el Perú

La asignación de recursos para la inversión pública, a nivel regional y local en el Perú, no se rige por pautas equitativas de distribución de acuerdo a las necesidades existentes en cada población. Depende, en gran medida, de los propios recursos que cada una de las regiones, por sus propias potencialidades y recursos, es capaz de generar. Uno de los factores más distorsionadores de dichos criterios de asignación, es el llamado "Canon Minero", a través del cual, los gobiernos regionales y locales que se encuentran dentro del área de influencia directa o indirecta de las actividades extractivas de recursos naturales no renovables, reciben una transferencia periódica adicional por parte del gobierno nacional, que les permite participar del impuesto a la renta que pagan las empresas mineras por los beneficios que obtienen de la extracción y comercialización de los recursos explotados.⁴

Una vez establecido el monto del presupuesto anual destinado a la inversión, la asignación específica de los recursos al interior de cada región y localidad, es decidida democráticamente en teoría, a través de los presupuestos participativos, instrumentos mediante los cuales la población participa en la decisión de priorización de los proyectos de inversión a nivel local. De esta forma, la población tiene la potestad de priorizar los proyectos de acuerdo a sus propios criterios y necesidades.⁵ Sin embargo, de acuerdo al Sr. *William Reuben*, Gerente de la Unidad de ONGs y Coordinador del Equipo Temático de la Sociedad Civil ONGs del Banco Mundial, quien estuvo a cargo de la misión que dicho organismo implementó en Perú durante el año 2010 para evaluar la eficacia de los presupuestos participativos, los montos de inversión priorizados por la población no son necesariamente ejecutados bajo los mismos criterios de origen. Por ejemplo, solo el 36 % de los gastos de inversión ejecutados en el 2007 por los gobiernos distritales, correspondían a gastos asignados por los presupuestos participativos.

Para hacernos una idea de la lógica de inversión establecida, podemos observar en la tabla, la relación entre la inversión *per cápita* en salud a nivel regional y los indicadores básicos de salud, durante el año 2010.

Tabla. Inversión en salud e indicadores básicos a nivel regional, 2010

Regiones	Inversión <i>per cápita</i> 2011 (US \$)	Desnutrición crónica Infantil, menores de 5 años, 2009 (%)	Mortalidad infantil 2007 (por mil nacidos vivos)
01: Amazonas	53,59	21,7	21,3
02: Ancash	401,52	27,7	21,0
03: Apurímac	126,10	32,8	22,1
04: Arequipa	36,61	7,8	16,2
05: Ayacucho	185,98	26,0	25,6
06: Cajamarca	94,87	28,3	21,9
07: Callao	21,90	7,6	10,2
08: Cusco	98,41	23,2	25,4
09: Huancavelica	163,75	34,1	29,5
10: Huanuco	53,25	24,4	23,6
11: Ica	238,70	8,3	10,8
12: Junín	18,90	20,5	21,2
13: La Libertad	40,27	18,5	17,5
14: Lambayeque	17,95	16,0	17,3
15: Lima	40,54	5,8	11,3
16: Loreto	18,17	22,3	27,9
17: Madre de Dios	18,00	10,6	23,2
18: Moquegua	247,22	6,7	12,8
19: Pasco	74,48	20,2	22,1
20: Piura	13,19	22,3	22,4
21: Puno	93,05	21,1	34,3
22: San Martín	14,79	15,6	20,8
23: Tacna	193,23	4,3	15,3
24: Tumbes	470,41	9,7	12,7
25: Ucayali	59,39	20,9	24,9

Fuente: OGPP. Dirección General de Epidemiología (DGE) - MINSA. "Situación de Salud del Perú.

Indicadores básicos 2009". Red Nacional de Epidemiología. DGE-MINSA. Lima, 2010.

Como puede apreciarse, las regiones que se encuentran en una situación más vulnerable con respecto a los dos indicadores clave de desarrollo seleccionados (Huancavelica, Apurímac, Cajamarca, Ayacucho, Cusco, Loreto y Puno), no son precisamente las regiones que invierten más en salud, a pesar de que en la mayor parte de ellas se desarrollan actividades mineras representativas a cargo de empresas transnacionales.

Capacidades técnicas del personal a cargo de la gestión de la inversión pública en salud

Con la intención de medir las capacidades y competencias que poseen los equipos responsables de la gestión del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP),⁶ entre los años 2007 y 2010 se llevaron a cabo tres importantes diagnósticos: 1. Estudio realizado por el proyecto "Promoviendo Alianzas y Estrategias" (PRAES), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID),⁷ 2. Diagnóstico implementado por el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF)⁸ y 3. Diagnóstico de conocimientos del SNIP realizado por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).⁹ Los dos estudios impulsados desde organismos públicos peruanos tuvieron carácter general pues fueron realizados tomando una muestra representativa de funcionarios de todos los sectores involucrados en el SNIP, incluyendo a los profesionales del sector de la salud. Sólo el tercer diagnóstico fue dedicado exclusivamente al análisis de los recursos humanos responsables de implementar los Proyectos de Inversión Pública en Salud.

A través de estos diagnósticos, podemos observar en detalle, las serias dificultades por las que está pasando la puesta en marcha de estos proyectos en el sector de la salud. Los estudios coinciden en definir como etapas críticas, con urgente necesidad de ser reforzadas, tanto a la formulación como a la evaluación, sin que eso signifique que el resto de las etapas (identificación y gestión) estén exentas de graves problemas. En los diagnósticos más exhaustivos (los realizados por PRAES y el MEF) se analizan en profundidad los problemas de cada una de las etapas, ubicando como aspectos críticos durante la etapa de formulación al análisis causal de contexto, la estimación de la demanda y la definición de la oferta, mientras que en la etapa de evaluación el mayor cuello de botella se presenta en el análisis de sostenibilidad de los proyectos. Asimismo, todos los diagnósticos definen a las Unidades Ejecutoras y Formuladoras, especialmente las adscritas a gobiernos locales y regionales, como aquellas que cuentan con los equipos profesionales menos preparados.

Limitaciones del Sistema Nacional de Inversión Pública peruano

El conjunto de problemas estructurales asociados a la inadecuada concepción del sistema puede resumirse de la siguiente manera:

DESARTICULACIÓN DE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA INTEGRAL

a) *Desarticulación intersectorial*: desde una perspectiva programática de intervención, es imposible alcanzar un verdadero efecto/impacto, ni medirlo, si no se coordina una acción conjunta para atender el problema principal que se desea resolver, haciendo participar en dicha coordinación a todos los sectores implicados. Este condicionamiento se hace mucho más evidente cuando abordamos problemas multicausales, de complejo análisis y más complicada solución. La desnutrición crónica o la mortalidad materno-infantil son claros ejemplos de esta necesidad de intervenciones sistémicas e integrales.¹⁰ Sin embargo, el SNIP en su conjunto, al tener una mirada básicamente sectorial y desde una lógica de proyecto, no posibilita adecuadamente la gestión de implementaciones multisectoriales.

b) *Desarticulación intrasectorial*: al interior del sector también se presentan distintos niveles de desarticulación. El primero está relacionado con los componentes privilegiados por las intervenciones sanitarias desde el SNIP: equipamiento e infraestructura.¹¹ Y aunque la preferencia por focalizar las

intervenciones de los PIP en estas temáticas responde fundamentalmente a la necesidad de cerrar la brecha de inversión existente, también es cierto que se necesita llevar a cabo algunas adaptaciones conceptuales y metodológicas que permitan compatibilizar los esquemas propuestos actualmente por los PIP con otras modalidades de intervención sanitaria más integrales.

FOCALIZACIÓN DE LA FASE DE PREINVERSIÓN

Progresivamente el SNIP ha venido dotando de mayor instrumental técnico a los equipos ejecutores de los PIP, aunque la mayor parte de dicho paquete tecnológico está concentrado en la fase de preinversión. En efecto, de todas las fases del ciclo de los proyectos, durante los primeros años de implementación del SNIP, el mayor énfasis estuvo focalizado en la identificación y formulación. Y siendo cierto que en los últimos tres años se ha desarrollado y sistematizado instrumental básico para impulsar el resto de fases,¹² lamentablemente aún este énfasis inicial continúa marcando la gestión del sistema.

INSUFICIENCIA DE MECANISMOS DE PLANIFICACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

A nivel de la gestión de proyectos, podemos observar que la mayor parte de dificultades que se presentan a lo largo de la implementación no solo están relacionadas con retrasos en los plazos previstos o incrementos no planificados en los costos, sino también con aspectos como el alcance o la calidad de las intervenciones.^{13,14} Una de estas graves ausencias es la inexistencia de mecanismos de planificación sectorial y, en consecuencia, falta de un sistema de monitoreo y evaluación de los Proyectos de Inversión Pública a nivel nacional, gestionado desde el MINSA como ente rector. Más allá de las competencias asignadas a los gobiernos regionales y locales en el marco de la descentralización, corresponde a la función de rectoría del MINSA planificar conjuntamente, acompañar, asesorar, supervisar y evaluar los procesos de implementación de estos proyectos en salud dentro de su territorio nacional.

DÉBILES NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LOS INVOLUCRADOS

Todos los protocolos vigentes de diseño, gestión, monitoreo y evaluación de proyectos proponen la incorporación de la participación activa de la población destinataria como componente transversal. Sin una adecuada participación de la población en cada una de las fases del ciclo de los Proyectos de Inversión Pública, es imposible garantizar su sostenibilidad. Dicha participación no solo exige una buena cuota de voluntad y apertura por parte de los equipos técnicos ejecutores, sino también una fuerte dosis de motivación en la población, que unida a un manejo técnico básico de gestión de proyectos, puede garantizar el éxito de la intervención. Dicho nivel técnico debe ser facilitado por el equipo ejecutor del proyecto a través de un adecuado proceso de fortalecimiento de capacidades. A pesar de ser plenamente consciente de esta urgente necesidad, hasta el momento el SNIP sigue asignando escasa importancia al proceso de participación de todos los actores involucrados.

AUSENCIA DE ENFOQUES TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

Actualmente, el SNIP no ha incorporado ninguno de los enfoques transversales que contextualizan y dan una perspectiva más amplia a las respectivas intervenciones

realizadas desde los Proyectos de Inversión Pública. No existen análisis de género, medioambiente, derechos e interculturalidad en ninguno de los proyectos diseñados ni ejecutados. En este marco, tal vez una de las inconsistencias mayores se encuentre en la falta de incorporación integral de enfoques como la interculturalidad y género, en contextos tan diversos y plurinacionales como los presentados en los países andinos en general y en Perú en particular. A través de algunos programas y proyectos de salud se hacen incorporaciones específicas de componentes interculturales, como la gestión de servicios a través de agentes comunitarios, parteras tradicionales, el uso de ciertas prácticas como el parto vertical, la adecuación cultural de espacios (sala de partos) o el uso de la medicina tradicional, pero no se incorpora el enfoque en su conjunto, como criterio estructural de gestión y medición de logros del programa o proyecto, perdiendo todos los grandes beneficios que dicha incorporación traería.

DISCUSIÓN

A pesar de los incrementos significativos, en términos monetarios, de la inversión pública en salud de los últimos años realizada por el gobierno peruano, no ha habido mayor incidencia en reducir las serias inequidades en la asignación de recursos que afectan a las poblaciones más pobres de este país. Los modelos vigentes de gestión de la inversión pública, tanto nacional como regional y local, presentan graves ausencias que limitan muy seriamente su efectividad a nivel de logros sanitarios al no cumplir con los parámetros mínimos de suficiencia, calidad y solidaridad.

Desde organismos multilaterales de cooperación como el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), la Corporación Andina de Fomento (CAF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o el Banco Mundial, se vienen impulsando los SNIP en diversos países de América Latina y El Caribe, ya no solo como un instrumento técnico de gestión de la inversión pública, sino fundamentalmente, como un instrumento político. Ante la necesidad de implementar cambios y mejoras a dichos sistemas, dichos organismos solo inciden en aspectos de orden técnico, sin considerar alternativas de transformación a nivel de estructura, aquella misma estructura que está en la base de la ineficacia e ineficiencia social de los sistemas de inversión.

La inequidad en la distribución de la inversión en salud junto con la falta de una concepción integral de la gestión sectorial a través de los Proyectos de Inversión Pública, desde el propio SNIP, trae como consecuencia directa, en primera instancia, una serie de distorsiones en las metodologías de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de los proyectos y, por otro lado, un limitado logro en las metas sanitarias propuestas. Ante tal circunstancia, es urgente implementar un nuevo sistema atendiendo criterios de mayor equidad en la inversión, focalizando los Proyectos de acuerdo a necesidades prioritarias y asignando al Estado central un rol más protagónico en la gestión estratégica integral del sistema.

Asimismo, debido a que la elaboración de los contextos sectoriales que se realizan desde los Proyectos, presenta abundantes vacíos de información entorno a los niveles de desigualdad, lógica de intereses de los actores involucrados o situaciones expresas de inequidad en el acceso a los servicios sociales por parte de la población; es indispensable que se incorporen instrumentos que faciliten la visualización de estos aspectos del entorno.

El análisis distributivo es otro de los grandes ausentes en la metodología de evaluación social de los Proyectos de Inversión Pública en Perú.¹⁴ Al realizar las evaluaciones tanto *ex ante* como *ex pos*, se presentan tan solo los indicadores básicos de rentabilidad social (VANS, TIRS),^{15,16} sin llegar a describir con precisión, quiénes son los beneficiarios de la inversión, cuánto representa en términos monetarios y no monetarios dicho beneficio para cada cual y quiénes son aquellos grupos de actores que no percibirán ningún beneficio o que incluso se podrían ver perjudicados por la implementación del Proyecto. Por esta razón, es necesario incorporar dicho análisis como componente estratégico del sistema.

La gestión del SNIP en su conjunto, debe ser participativa, es decir, que los principales grupos de interés deben tener presencia en el proceso de toma de decisiones. Para ello, desde la propia identificación y hasta los procesos de evaluación y sistematización de las lecciones aprendidas, todos los involucrados deben estar inmersos en la dinámica de gestión de los Proyectos de Inversión Pública. En este sentido, el modelo de presupuesto participativo que se está implementando en Perú, está resultando insuficiente. Al mismo tiempo, los administradores de los Proyectos deben potenciar los espacios e instrumentos que faciliten la incorporación de mecanismos de vigilancia ciudadana y participación social. En fin, para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios en Perú, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del PERÚ (MINSA). Programación Multianual de Inversiones 2008-2011; 2011-2013. Sector Salud. Lima: MINSA. 2008 y 2010.
2. Reporte interno de la Oficina de Proyectos de Inversión. Lima: OPI- MINSA; 2011.
3. May E, Shand D, Mackay K, Rojas F, Saavedra J. editores. Hacia la Institucionalización de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina y El Caribe. Actas de una Conferencia del Banco Mundial / Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.: Banco Mundial / Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.
4. Baca E, Ávila G, Roncal N. Vigilancia de las industrias extractivas. Reporte Nacional No. 12. Programa de vigilancia ciudadana Lima: Grupo Propuesta Ciudadana; 2010.
5. Baca E, Coylo JJ. Presupuesto Participativo. Boletín de Vigilancia Nº 2. Balance del presupuesto participativo regional. Lima: Grupo Propuesta Ciudadana; 2009.
6. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Sistemas nacionales de inversión pública en América Latina y el Caribe: balance de dos décadas (Compendio general) Dirección de Proyectos y Programación de Inversiones (DPPI). Santiago de Chile: ILPES; 2002.
7. Arrospide Medina M. Propuesta de fortalecimiento de la gestión de las inversiones en salud. Lima: USAID, PRAES; 2007.

8. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico-Perú (CIUP). Evaluación de las viabilidades otorgadas durante el año 2007, en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), por las Oficinas de Programación e Inversiones de los Sectores del Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Lima: DGPM, MEF; 2009.
9. Autoridad Nacional del Servicio Civil del Perú (SERVIR). Diagnóstico de Conocimientos-SNIP. Lima: SERVIR; 2009, 2010.
10. Li L, NARREA O. Inversión pública para enfrentar la desnutrición crónica infantil. Pautas generales. Lima: Dirección General de Programación Multianual del Sector Público, MEF; 2010.
11. Aldunate E. Actualidad y futuro de los Sistemas Nacionales de Inversión Pública-SNIP en América Latina. México, D.F.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2008.
12. Beltrán A. Guía de Identificación, Formulación y Evaluación Social de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud a nivel de Perfil. Lima: MEF, PRODES-USAID; 2006.
13. Ortigón E, Aldunate E, Pacheco JF. La modernización de los sistemas nacionales de inversión pública: análisis crítico y perspectivas. Santiago de Chile: ILPES; 2002.
14. Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF). 10 años del SNIP y retos hacia el 2021. Lima: MEF; 2010.
15. Beltrán A, Cueva H. Evaluación social de proyectos para países en desarrollo. Lima: Universidad del Pacífico; 2007.
16. Tan Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB, Murray CJL, editores. Making choices in health: WHO Guide to cost-effectiveness analysis. Geneve: WHO; 2003.

Recibido: 4 de junio de 2011.

Aprobado: 22 de junio de 2011.

José Antonio Monje Vargas. Coordinador de Monitoreo y Evaluación para América Latina y El Caribe. Save The Children España. Calle El Comercio E9-67, e/ El Vengador y La Razón. Barrio Batan Bajo, Quito, Ecuador.
Teléf.: 593 0 98960689. Correo electrónico: jamonje@savethechildren.es