Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, segunda etapa (PMSS-II)

País: Guatemala

Sector/Subsector: Salud

Equipo de Proyecto Original: Wolfgang Munar, RE2/SO2, Jefe de Equipo; Mario Barrios, COF/CGU; Isabel Nieves, RE2/SO2; Bill Savedoff, SDS/SOC; Beatriz Uribe, RE2/RE2; Luis Zavaleta, RE2/RE2 y Dana Martin, LEG/OPR. Sara Bojorge-Saenz y Beatriz Jellinek, quienes contribuyeron en la producción del documento.

Número de Proyecto: GU0125

Número de Préstamo(s), CT(s): 1221/OC-GU

Fecha del CRG:

Fecha de Aprobación Final del PCR:

Equipo del PCR: Nohora Alvarado, (SPH/CPR); Ian Mac Arthur (SPH/CGU); Jennifer Prentice (Consultora); Hedi Deman (Consultora); Carolina Chacón (CID/CGU); y Martha Guerra (SCL/SPH).

Índice

I. INFORMACIÓN BÁSICA 4

II. EL PROYECTO 4

A. CONTEXTO DEL PROYECTO 4
B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 6
i. Objetivo(s) del Desarrollo 6
ii. Componentes 6

III. RESULTADOS 8

A. EFECTOS DIRECTOS 8
B. EXTERNALIDADES 9
C. PRODUCTOS 9
D. COSTOS DEL PROYECTO 12

IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO 12

A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS 12
B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA 13
C. DESEMPEÑO DEL BANCO 13

V. SOSTENIBILIDAD 14

A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS Y RIESGOS POTENCIALES 14
B. CAPACIDAD INSTITUCIONAL 14

VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO 14

A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS 14
B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN EX-POST 15

VII. LECCIONES APRENDIDAS 15

Anexos

Abreviaturas y Acrónimos

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AINM-C	Atención Integrada de la Mujer en la Comunidad
ANS	Agenda Nacional de Salud
CHC	Consorcio Hospitalario de Cataluña
CSBS	Conjunto de Servicios Básicos de Salud
DAI	Departamento de Auditoría Interna
DAM	Departamento de Adquisiciones y de Mantenimiento
DR-CAFTA	Por sus siglas en inglés: Tratado de libre comercio entre Centroamérica y Estados Unidos de América
EBS	Equipo Básico de Salud
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
GOGU	Gobierno de Guatemala
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
MGH	Modelo de Gestión Hospitalario
MINFIN	Ministerio de Finanzas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización No Gubernamental
ONSEC	Oficina Nacional de Servicio Civil
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PIB	Producto Interno Bruto
PMSS I	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Fase I
PMSS II	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Fase II
POA	Plan Operativo Anual
PPMR	Reporte del Monitoreo de la Realización del Proyecto
PROHOSPITAL	Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional
SIAFI	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIG	Sistema de Información Gerencial
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SII IGSS	Sistema Integral de Información del IGSS
SIRG	Sistema Integrado de Recaudación y Gestión
UAT	Unidades de Asistencia Técnica
UCP	Unidad Coordinadora del Programa
UCPYP	Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América

I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US$)	
NO. PROYECTO: GU0125	**TITULO: Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Segunda Etapa (PMSS-II)**
Prestatario: República de Guatemala **Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)** **Préstamo(s): 1221/ OC-GU** **Sector: Salud** **Instrumento de préstamo: Inversión**	**Fecha aprobación Directorio: 17 de noviembre de 1999** **Fecha efectividad contrato préstamo: 11 de febrero de 2002** **Fecha elegibilidad primer desembolso: 02 de julio de 2002** **Meses en ejecución** *** desde aprobación: 144** *** desde efectividad del contrato: 116** **Períodos de desembolso** **Fecha original desembolso final: 11 de agosto de 2006** **Fecha actual desembolso final: 30 de marzo de 2011** **Extensión acumulativa (meses): 52** **Extensión especial (meses): 3** **Monto préstamo(s)** *** Monto original: 55,440,000.0** *** Monto actual: 55,440,000.0** *** Pari Passu (si aplica): 91.83%** **Desembolsos** **Monto a la fecha: 99.69%** **Costo Total del Proyecto (Estimado Original): 66,120,000.0** **Redireccionamiento** **- N/A [x]**
Reducción de Pobreza (PTI): Si **Equidad Social (SEQ): Si** **Clasificación ambiental: A, B, o C**	**En estado de "Alerta** **Está el proyecto "en alerta" por PAIS: No** **De ser afirmativo, favor indicar razones (Clasificaciones OD, PI, y/o indicadores relevantes de PAIS):** **Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):**

Resumen de la Clasificación de Desempeño				
OD	[ ] Muy Probable(MP)	[x] Probable (S)	[ ] Poco Probable (PP)	[ ] Improbable (MI)
PI	[ ] Muy Satisfactorio (MS)	[x] Satisfactorio (S)	[ ] Poco Satisfactorio (I)	[ ] Muy Insatisfactorio (MI)
SO	[ ] Muy Satisfactorio (MS)	[x] Satisfactorio (S)	[ ] Poco Satisfactorio (PS)	[ ] Muy Insatisfactorio (MI)

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

Perfil Social. Aunque en las últimas dos décadas sus indicadores sociales han mejorado, Guatemala sigue siendo uno de los países de Latinoamérica con mayores índices de pobreza y desigualdad. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006, el 51% de la población vivía en condiciones de pobreza y el 15% en condiciones de pobreza extrema, comparado respectivamente con el 56% y 16%, registrado en 2000. El índice de Gini de consumo familiar

mejoró entre 2000-2006 (pasó de 0.476 a 0.448), pero aún se presenta un nivel alto de desigualdad en la distribución del ingreso, con una fuerte exclusión geográfica y étnica[1]. En 2006, el 72% (83%) de los pobres (pobres extremos) se ubicaban en el área rural, mientras que el 56 % (69%) eran indígenas.

Perfil de Salud desde la aprobación del PMSS II (1999-2010). Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 98/99[2] Guatemala se comparaba desfavorablemente con los otros países latinoamericanos con similar nivel de desarrollo. La tasa global de fecundidad alcanzaba los cinco hijos por mujer en edad fértil, la más alta de América Latina y la tasa de mortalidad materna registraba también una de las más altas en la región (190 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). El país se encontraba en una etapa temprana de transición epidemiológica, y las principales causas de la mortalidad infantil eran las enfermedades diarreicas y respiratorias, la desnutrición y otras enfermedades infecciosas. La mortalidad infantil había disminuido a 45.000 nacidos vivos, pero la desnutrición crónica seguía siendo alta especialmente en menores de cinco años (46%).

Una década después, el país muestra mejoras en sus indicadores de salud, pero éstos siguen siendo desfavorables en comparación a los de la región latinoamericana. La mortalidad materna e infantil está entre las más altas de la región y la tasa de desnutrición crónica es una de las más altas del mundo. Si bien la mortalidad materna del país ha mejorado (153/100.000 nacidos vivos en 2006)[3], este indicador es tres veces mayor en la población indígena (211/100.000 nacidos vivos) que en la ladina[4] (70/100.000). Por otra parte, la mortalidad infantil, a pesar de haber disminuido a 30/1.000 nacidos vivos en 2008, sigue siendo alta en comparación a otros países de la región[5]. Según la ENSMI de 2008/09, el 43,4% de los guatemaltecos menores de cinco años padecen de desnutrición crónica. Si bien el índice de desnutrición crónica ha disminuido en los últimos años -en el año 2002 fue de 49,3% - todavía sigue siendo alto[6]. La situación es particularmente crítica para la niñez indígena y rural: un 58,6% de niños indígenas tienen desnutrición crónica frente al 30,6% de los niños no indígenas, mientras que el 51,8% de los niños rurales afrontan este problema frente al 28,8% de los niños urbanos[7].

Apoyo del Banco al Sector de Salud. En 1995/96 el Gobierno de Guatemala (GOGU) solicitó apoyo técnico y financiero al Banco para apoyar las acciones que se venían realizando para una reforma del sector y posteriormente, para cumplir los compromisos en salud de los Acuerdos de Paz (fines de 1996). Esto se hizo a través del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS I)[8] financiado por el BID. Entre los principales logros del PMSS I se señalan: la preparación y entrada en vigencia del nuevo código de salud (base de la reforma de salud); la descentralización financiera (del MSPAS a los niveles departamentales); el aumento del gasto en salud (de 1996 a 1997 en un 32% en términos reales y se mantuvo en 1998); el incremento porcentual para la atención preventiva en relación a los gastos hospitalarios del 41 a 46% (1996 a 1998); la extensión de la cobertura de un conjunto de servicios básicos de salud (CSBS) a poblaciones rurales más postergadas, a través de convenios con proveedores privados (ONG). No obstante, no se lograron los avances esperados en los aspectos de fortalecimiento del rol rector y regulador del MSPAS (principalmente en la implementación de una nueva estructura organizacional) y la reforma hospitalaria.

---

1 INE. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Guatemala 2006.
2 INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1998-1999. Se toman los datos de 1999 como referencia, dado que es el año en que se elaboró y aprobó la Propuesta de Préstamo.
3 SEGEPLAN. "Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala". 2006.
4 En Guatemala la población mestiza se conoce como ladina.
5 Ver link Tabla comparativa entre países.
6 Ver Tendencias en la disminución de la Desnutrición Crónica en Centroamérica y República Dominicana. PRESANCA. Ha crecido Centroamérica? Mayo, 2009.
7 INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (Guatemala 2003) 2008-2009 (Guatemala 2009).
8 Se aprobaron dos operaciones 890/OC-GU y 891/OC-GU (Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS I).

Con base en los resultados del PMSS I, a finales de 1999 se diseñó la actual operación, PMSS II, con el objetivo de consolidar los resultados de la reforma de salud y darle sostenibilidad a la misma. Los principales objetivos eran continuar fortaleciendo el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), la Red Hospitalaria y el Ministerio de Salud en su rol rector y regulador de la salud. En relación a este último aspecto, se incorporó un componente de apoyo a la reestructuración del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), lo que implicaba una coordinación del MSPAS con el IGSS.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) del Desarrollo

El fin del Programa era mejorar el estado de salud de la población guatemalteca. Los objetivos de desarrollo no se modificaron durante la ejecución del préstamo. Estos eran: (i) fortalecer la capacidad institucional del MSPAS para ejercer sus funciones de rectoría y regulación; (ii) aumentar la cobertura y calidad de los servicios de salud para poblaciones pobres del área rural; (iii) modernizar la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud en el IGSS; y (iv) aumentar la productividad y la calidad de los servicios de salud en siete hospitales piloto.

Es importante señalar que en diciembre del 2007 se había terminado la ejecución de los principales componentes del programa, quedando un saldo de US$3,7 millones (6,7%)[9]. Conjuntamente con el MSPAS se decidió usar el remanente para apoyar las consultorías requeridas para la preparación de una nueva operación en salud (GU-L1022). Entre enero del 2008 y diciembre del 2010, se aprobaron tres prórrogas, debido principalmente al atraso en la contratación y aprobación de los estudios (la última consultoría para el Censo de Infraestructura se terminó en noviembre de 2010). Adicionalmente, durante este período se financió la compra de medicamentos, en apoyo a las emergencias causadas por efectos climáticos (2009 y 2010).

ii. Componentes

Componente 1: Fortalecimiento institucional del MSPAS. El objetivo del componente era fortalecer al MSPAS para ejercer las funciones de regulación y rectoría.

Subcomponente 1a Desarrollo organizacional del MSPAS. Este sub componente incluyó las siguientes actividades: (i) consolidación y desarrollo organizacional de MSPAS en el nivel central y descentralizado; (ii) desarrollo e integración de los subsistemas de financiamiento, suministros, estadísticas de salud, producción de servicios y recursos humanos del sistema de información gerencial en salud (SIGSA) del MSPAS; (iii) diseño y montaje de un sistema de información para el seguimiento de los costos de producción y calidad de los servicios de salud; (iv) desarrollo organizacional del departamento de adquisiciones y mantenimiento (DAM); (v) fortalecimiento e integración de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de atención y prevención de desastres; (vi) desarrollo de un plan de seguimiento y evaluación de programas prioritarios de salud; y (vii) desarrollo, implementación y evaluación de la estrategia de evaluación de programas prioritarios en salud. Adicionalmente, el MSPAS incluyó otras dos actividades: diseño e implementación del modelo de atención del segundo nivel, el cual se consideró clave para complementar las acciones del primer nivel e impactar en la mortalidad materno infantil, y la contratación de recursos humanos para fortalecer la implementación del nuevo modelo de atención hospitalario, debido a que los recursos del Componente 4 no se contemplaba el personal para la nueva estructura de gestión.

[9] A pesar de que el préstamo se aprobó en Directorio en 1999, se firmó y declaró elegible en el 2002. Del 2002 al 2004 se desembolsaron aproximadamente US$7,7 millones (13,84%); del 2005 a 2007, con cambio de gobierno se hizo una modificación contractual y se desembolsaron US$44,1 millones (79,5%) y se terminaron de ejecutar los componentes objeto del préstamo.

Subcomponente 1b Desarrollo de la capacidad rectora y de regulación. Este sub componente incluyó las siguientes actividades: (i) reglamentación del Código de Salud en aspectos relacionados con la regulación de los mercados de servicios médicos, fármacos y alimentos; (ii) desarrollo la capacidad de formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas de salud, así como la capacidad de planeación estratégica del MSPAS; (iii) reglamentación del Código de Salud relacionados con la protección de la población frente a los riesgos ambientales; y (iv) establecimiento de las bases para el desarrollo de un sistema de inspección, vigilancia y control de riesgos para la salud.

Componente 2: Apoyo a la extensión de cobertura. Los objetivos del componente eran: (i) complementar los esfuerzos del GOGU para extender la cobertura de servicios básicos de salud a poblaciones pobres del área rural; (ii) modernizar el proceso de adquisiciones de servicios de salud, pasando progresivamente hacia procedimientos competitivos; (iii) promover el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas en el suministro público y privado de servicios básicos de salud; y (iv) fortalecer a capacidad del MSPAS para monitorear y evaluar el PEC. Este componente incluyó dos subcomponentes.

Subcomponente 2a Financiamiento de servicios básicos de salud. El sub componente contemplaba la expansión en la cobertura mediante el financiamiento de un conjunto de servicios básicos de salud, por un valor anual de cerca de US$12 per cápita. Requería de un proceso competitivo para toda adquisición de servicios básicos de salud financiados por el Programa y la incorporación en los documentos legales de mecanismos de pago, indicadores de desempeño, y protocolos y estándares clínicos. Asimismo, se debía implementar el sistema de seguimiento y evaluación concurrentes, para verificar la efectiva prestación de servicios y el logro de las metas de cobertura y financiamiento.

Subcomponente 2b Introducción de innovaciones en el suministro de servicios básicos de salud. El subcomponente contemplaba el financiamiento para tres proyectos innovadores en el suministro de servicios básicos de salud: conformación de redes, comunicación educativa e innovaciones para el suministro de servicios de salud para poblaciones indígenas.

Componente 3: Fortalecimiento de la función aseguradora del IGSS. Se previó: (i) la reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS; y (ii) el diseño de sistemas de información financiera exigidos por la estructura organizacional que se estableciera.

Componente 4: Mejoramiento de la gestión hospitalaria. El objetivo de este componente era mejorar la productividad y calidad de los servicios de al menos siete hospitales del MSPAS. Se planteó aumentar la productividad y calidad de los servicios mediante mejoras en el direccionamiento, gestión y financiamiento de los hospitales. Para esto se previó: (i) la competencia entre hospitales por recursos de inversión; (ii) diseño de un modelo descentralizado de gestión hospitalaria; (iii) presupuestos en función de productividad y desempeño; (iv) modernización de los convenios de gestión hospitalaria; y (v) un programa de modernización de la gestión, incluyendo recursos para la externalización de los servicios.

III. Resultados

a. Efectos Directos

LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)

Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito): En general se cumplieron la mayoría de los objetivos. Los resultados se resumen en la sección de Clasificación de los Objetivos de Desarrollo.

1. Cobertura del sistema de salud mejorada
   - 1.1 Porcentaje del gasto del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) con respecto al presupuesto total del MSPAS aumenta[10].
   - 1.2 El número de personas nuevas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud aumenta, para el cuarto año de ejecución.
   - 1.3 75% de las embarazadas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud, recibieron al menos un control prenatal.

Clasificación: P.

Indicadores Claves de Efectos Directos

Efectos Directos Planeados:		Efectos Directos Logrados:
Línea de Base (2002)	Término del Proyecto	
1.1 3,76 % (2002)	1.1 Aumento, sin especificar	1.1 7,54% (2009)
1.2 0 (2002)	1.2 500.000	1.2 520.000 (2009)[12]
1.3 40% (2004)	1.3 75%[11]	1.3 76,1% (2009)

2. Eficiencia del sistema de salud mejorado
   - 2.1 Aumento del recaudo del IGSS[13]
   - 2.2 Porcentaje de aumento en el monto de los servicios contratados del IGSS
   - 2.3 Porcentaje de aumento en egresos de hospitales piloto
   - 2.4 Promedio de días de estancia hospitalaria
   - 2.5 Índice ocupacional hospitalaria

Clasificación: P.

Indicadores Claves de Efectos Directos

Efectos Directos Planeados:		Efectos Directos Logrados:
Línea de Base	Término del Proyecto	
2.1 0 (2004)	2.1 Aumento sin especificar	2.1 $582 millones (2007)
2.2 0 (2004)	2.2 Aumento sin especificar	2.2 39% (2007)
2.3 0 (2002)	2.3 Aumento sin especificar	2.3 3,8% (2006)[14]
2.4 3.6 días (2002)	2.4 Reducción sin especificar	2.4 3.3 días (2006)
2.5 0 (2002)	2.5 Aumento sin especificar	2.5 2,1% (2006)

Reformulación.

[X]N/A

Reajuste ISDP: En abril de 2005 se realizó un taller de adecuación del ISDP en el que se revisaron cada una de sus secciones. Los principales acuerdos fueron sobre la necesidad de modificar algunos indicadores del marco lógico, ya que no habían quedado claramente especificados y/o no se contaba con información. Los cambios en los indicadores se reflejaron en los ISDP posteriores. Los principales cambios se señalan en las notas de pie de página 12, 13 y 15. Ayuda Memoria Taller de Adecuación de los Informes de Seguimiento del Desempeño de Proyectos. Abril 13 2005

[10] El MSPAS no produce información desagregada del gasto por nivel de atención, por lo que se tomó como medida del gasto en servicios del primer nivel de atención (preventivo), el presupuesto anual del PEC como porcentaje del MSPAS. Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado 2002 y 2009, Ministerio de Finanzas (MINFIN).

[11] El porcentaje de base (40%) se obtuvo de la "Evaluación de la Provisión de Servicios Básicos de Salud mediante Indicadores Trazadores en una Muestra de Hogares con Representatividad Nacional" Abril-Mayo 2004, GETSA. Por otra parte, aunque el Programa definió como meta de cobertura de control prenatal el 90%, el MSPAS estimó factible incrementos anuales de 10-15%, por lo que en los convenios de gestión con las ONG del PEC se definió como meta el 75%.

[12] Entre 2004 y 2007 la población cubierta por PEC se incrementó en 1.100.000 habitantes. De acuerdo con la información del MSPAS, 390.000 financiados por USAID, 190.000 por Plan Internacional y 520.000 por el BID (el programa financió el CSBS del PEC de 2005 a 2007).

[13] El IGSS ejecutó el componente entre 2006 y 2007. Para medir mejoras en la eficiencia, atribuibles al programa en estos dos años, se incluyeron datos sobre el porcentaje de incremento en el recaudo (resultado esperado de la modernización del sistema de información y recaudo). No obstante, se señala que los datos disponibles se basan en un informe presentado por el IGSS, pero no se tuvo acceso a un sistema de información verificable y confiable que los soporte.

[14] Consorcio Hospitalario de Cataluña. Informe de análisis de los indicadores de seguimiento. Enero 2007.

Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):			
[ ] Muy Probable(MP)	[x] Probable (S)	[ ] Poco Probable (PP)	[ ] Improbable (MI)

Se califica como satisfactorio el Programa, ya que se obtuvieron importantes logros, entre los que se señalan: (i) la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud a 520.000 nuevos beneficiarios con los recursos del préstamo (4,5 millones de beneficiarios en el 2007 con otras fuentes de financiamiento) a través de convenios públicos-privados con las ONG, y el mejoramiento de la calidad de estos servicios (introducción de procesos competitivos para la contratación de prestadores de servicios, introducción de convenios de desempeño, mejoramiento del paquete de servicios básico de salud, implementación de un sistema de supervisión de la prestación de los servicios y de auditoría social[15]); (ii) el diseño y puesta en marcha de un proceso estructurado de modernización hospitalaria para inducir una nueva organización y funcionamiento hospitalario, el cual sirvió de base para su implementación en el resto de la red[16]; y (iii) la modernización del IGSS, principalmente en cuanto a la sistematización e integración de la información y de mejoras en los procesos de contratación externa de los servicios. Esto se tradujo, por ejemplo, en mejoras en el recaudo y reducción de costos a través de la externalización de los servicios. Sin embargo, hay debilidades entre las cuales se señalan: el limitado alcance y sostenibilidad de las acciones realizadas para el fortalecimiento institucional del MSPAS y el bajo incremento del gasto orientado a los servicios de salud preventiva.

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

El proyecto contribuyó a apoyar la Estrategia de País en Salud, principalmente en: el fortalecimiento de la descentralización del nivel central hacia los niveles locales, especialmente de los hospitales y áreas de salud, en la descentralización financiera (en el 2010 se concluyo el proceso de descentralización financiera de las 82 unidades ejecutoras y el MSPAS fue certificado en los procesos financieros con la norma ISO 9001: 2008); el avance de la separación de las funciones de financiamiento y provisión de los servicios; y la introducción de sistemas innovadores de financiamiento del sector de salud, estas últimas a través de la implementación del PEC. Así mismo, el Programa continuó apoyando la reforma de salud iniciado con la primera fase del programa (PMSS I).

b. Externalidades

Una externalidad relevante y positiva identificada es en relación a que el PEC generó una fuente de ingresos en las poblaciones participantes (pobres, indígenas, rurales dispersas), ya que se integró personal comunitario a la prestación de servicios, en apoyo al equipo técnico (en el 2005 aproximadamente 2.500 facilitadores comunitarios, 30.000 vigilantes de salud y 10.000 comadronas). El personal comunitario recibía mensualmente un incentivo monetario mínimo, de acuerdo con el cumplimiento de sus atribuciones.

c. Productos

15 MSPAS. Descripción de los subsistemas de seguimiento y evaluación concurrentes de la provisión de servicios básicos de salud por prestadoras y administradoras de servicios de salud en Guatemala. Guatemala, septiembre 2004.

16 Aun cuando en promedio se muestren algunas mejoras en los indicadores eficiencia y productividad, cada hospital intervenido con el Modelo de Gestión Hospitalaria presenta resultados diferentes.

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)			
Componentes (Productos)	**Indicadores Claves del Producto**		
	Productos Planeados		**Real**
	Línea base	Final	Final Proyecto
Componente 1: Fortalecimiento institucional del MSPAS			
1. Nueva estructura de MSPAS implantada			
1.1 Cargos de tres niveles de supervisión llenados	-	90%	0%
2. Plan fortalecimiento función de compras de servicios de salud y adquisición de bienes ejecutado			
2.1 Convenios vigentes al momento aprobación convertidos en contratos en tres departamentos			
2.2 Nuevos contratos están bajo el régimen de licitación pública al segundo año de ejecución	-	100%	100%
3. Reglas implantadas para ingreso, comportamiento y salida de proveedores de servicios salud	-	100%	100%
3.1 Las organizaciones contratadas con recursos del Programa cumplen con las reglas vigentes			
4. Bases establecidas para la regulación, vigilancia y control de las industrias farmacéuticas de alimentos y cosméticos	-	100%	100%
4.1 Plan Acción aprobado a nivel ministerial	-	1	0
5. Bases establecidas y concertadas para la regulación, vigilancia y control ambiental			
5.1 Plan de Acción aprobado a nivel ministerial	-	1	1
6. Sistemas de información operando			
6.1 Se han generado cinco informes que integran datos de RRHH, financiamiento y adquisiciones en áreas de salud y hospitales	-	5	0
7. Estrategia de comunicación ejecutada			
7.1 Todas las actividades contenidas en el Plan de Acción se han ejecutado	-	100%	0
8. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica en funcionamiento			
8.1 Veinte y nueve epidemiólogos de campo capacitados y cumpliendo sus funciones en las áreas de salud	-	29	52
9. Componente de salud del Plan Nacional de Atención y Prevención de desastres preparado y ensayado			
9.1 Plan Nacional ensayado en los tres niveles del MSPAS en cada área de salud	-	1	0
10. Seguimiento y evaluación de políticas y programas en salud realizado			
10.1 Informes de evaluación preparados conforme a los TDR acordados con el Banco.	-	1	0

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica) [17]. A lo largo de la ejecución del Programa se acordaron modificaciones en algunas actividades, montos e indicadores, sin modificar los objetivos. La calificación se considera poco satisfactoria porque aunque la mayoría de las actividades previstas se desarrollaron en su fase de diseño y aprobación, no se logró el alcance esperado en su fase de implementación y posterior institucionalización, principalmente por los cortos períodos políticos (cambios de Ministro y equipos técnicos). Las principales diferencias entre los productos esperados y los resultantes son:
1) Se realizaron tres propuestas organizacionales del MSPAS (diferentes períodos políticos), la última aprobada por acuerdo Gubernativo y presentada a la Oficina Nacional de Servicio Civil. Para el 2007 se contaba con el 85% de avance en la homologación de la estructura de puestos y cargos, en el nivel central, la cual no tuvo respaldo presupuestario.
4) Debido a la transcendencia y sensibilidad del tema no se registraron avances por falta de voluntad política de las administraciones[18].
5) Se avanzó en la concertación y aprobación de la normativa, pero no así en la implementación de la misma (programas de educación y promoción en aspectos ambientales y suscripción de convenios con organismos e institucionales responsables en los temas ambientales).
6) Se diseñaron e implementaron algunos sub sistemas, pero no se logró su integración y su uso es limitado dada la falta de accesibilidad a la información: (i) se desarrolló un software para la integración de los subsistemas de información sobre la producción, calidad y costos de servicios que fuera útil a todos los niveles de atención y tipos de establecimientos de salud, pero se implementó únicamente para el PEC. Se compraron 479 computadoras personales para implementar el sistema en el nivel central, los hospitales, las áreas de salud y distritos de salud, pero con el cambio de equipo técnico (cambio de Ministro) no se avanzó en la aplicación del software en los otros niveles; (ii) se integró el sistema financiero del MSPAS al Sistema Integrado Administrativo Financiero – SIAF- del Ministerio de Finanzas; y (iii) se hicieron avances en la recolección manual periódica de información producción de salud, desde los niveles locales (puestos y centros) al sistema central de información del MSPAS (SIGSA).
7) No fue prioridad del MSPAS durante la ejecución del Programa. No obstante, en el 2006 se usaron recursos para el desarrollo, implementación y evaluación de una estrategia de comunicación para promover consensos y acuerdos en materia de la Reforma de Salud. El producto final fue una Agenda Nacional de Salud 2007-2020.
8) Se hizo un convenio con la Universidad Rafael Landivar para la formación de epidemiólogos. Al finalizar el programa se contaba con 52 epidemiólogos de las áreas de salud y distritos de salud.
9) No fue prioridad del MSPAS durante ejecución.
10) Se hicieron algunos apoyos puntuales a los Programas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Reproductiva, Medicina Transfusional, entre otros, pero no se desarrolló un sistema de seguimiento de los programas prioritarios y no se llevó a cabo ninguna evaluación de los mismos.

[17] Ver link Descripción de actividades y logros por Componente. PMSS II Octubre 2010.
[18] Cabe señalar que con el programa se definieron y aprobaron 12 reglamentos del Código de Salud, los cuales fueron aprobados en su mayoría, ver link Hernández, N. Informe de Evaluación final. Junio, 2008.

Reestructuración. Indique si este componente del proyecto ha sido reestructurado (fecha aprobación por el Gerente). Describir brevemente las consecuencias de estos cambios.
[x] N/A

Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación:

[ ] Muy Satisfactorio (MS) [ ] Satisfactorio (S) [x] Poco Satisfactorio (I) [ ] Muy Insatisfactorio (MI)

Componente 2: Apoyo a Extensión de Cobertura

1. Contratos de servicios de salud suscritos con proveedores privados con indicadores de calidad			
1.1 El presupuesto de servicios básicos ejecutado a través de contratos se incrementa (2002-07)	Q.66.9 M	-	Q.268 M
1.2 Los contratos firmados son capitados e incluyen protocolos establecidos			
2. Plan piloto de redes integradas de servicios de salud ejecutado	-	100%	100%
2.1 Redes en operación siguiendo modelo establecido en Programa			
3. Plan piloto de comunicación educativa de usuarios de SBS diseñado, ejecutado y evaluado	-	1	1
3.1 Hogares alcanzados por mensaje educativo			
4. Plan piloto de promoción de innovaciones en el tipo y suministro de servicios médicos a comunidades indígenas diseñado y ejecutado	-	70.000	n/a
4.1 Innovaciones premiadas han sido procesadas de acuerdo con normas establecidas en Plan Acción	-	100%	n/a

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). La calificación se considera satisfactoria porque la mayoría de las actividades previstas se desarrollaron durante ejecución. Las principales diferencias entre los productos esperados y los resultantes son:
2.1 El proyecto de Redes de Servicios Básicos fue ejecutado con fondos de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID) entre el año 2002 y agosto del 2004 (dado que el componente no se había ejecutado). El Proyecto denominado PROREDES desarrolló un modelo de provisión de servicios a través de redes de ONG, coordinadas por una ONG de mayor capacidad. Sin embargo, debido a que no hubo diferencia entre los resultados de este modelo y el de extensión de cobertura tradicional, el MSPAS no tuvo interés en continuar promoviéndolo.
3.1 El piloto de comunicación educativa en salud fue planteado con un diseño diferente al ejecutado y para cubrir 70.000 habitantes. La intervención ejecutada consistió en la implementación de la estrategia en información educación y comunicación en todos los convenios firmados por el MSPAS, con especial énfasis en los municipios priorizados: Guate Solidaria (41) y Desnutrición Crónica (83), a través de la aplicación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia) y AINM-C (Atención Integral en Nutrición al Niño y la Mujer en Comunidad). Para incorporar esta estrategia se incrementó el costo per cápita del CSBS en el año 2005 como ya se mencionó, dotando de los materiales y capacitaciones requeridas a todo el personal involucrado.
4.1 El plan piloto para el suministro de servicios de salud a comunidad indígena también tuvo cambios en su diseño, no incluyó un concurso y premios a las innovaciones, se planteó ejecutar con el concurso del Programa de Medicina Tradicional del MSPAS cuyo personal elaboró el Vademécum (protocolos) de medicina tradicional en el año 2006, el cual se publicó y distribuyó en el primer trimestre de 2007. En el primer semestre del 2007 se realizó la sensibilización de los equipos básicos de salud de tres ONG una en Jalapa, otra en Alta Verapaz y una en el área Ixil con el módulo de auto aprendizaje "Integración de la Medicina Tradicional al conjunto de Servicios Básicos de Salud del Primer Nivel de Atención" diseñado para el efecto. En el primer semestre del 2007 se realizó la aplicación de los protocolos y la siembra de plantas medicinales.

Reestructuración. Indique si este componente del proyecto ha sido reestructurado (fecha aprobación por el Gerente). Describir brevemente las consecuencias de estos cambios. Se hicieron dos modificaciones contractuales aprobadas el 19 de noviembre de 2004, pero no afectaron objetivos, ni objetivos de componentes. Estas fueron: (i) El sistema de seguimiento y evaluación concurrente sería ejecutado por el MSPAS y no por una firma consultora; y (ii) Los subcomponentes 2a y 2b se fusionaron, permitiendo financiar en un 100% a todas las prestadoras de servicios de salud en el nivel nacional (siempre y cuando cumplieran los requisitos establecidos).

Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación:

[] Muy Satisfactorio (MS) [x] Satisfactorio (S) [ ] Poco Satisfactorio (I) [ ] Muy Insatisfactorio (MI)

Componente 3: Fortalecimiento de la función aseguradora del IGSS

1. Reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS implantada			
1.1 Cargos de los tres niveles de supervisión llenados	-	90%	0
1.2 Reporte de gestión operativo y financiero por unidad funcionando y ratificado por la Junta Directiva	-	1	0
2. Sistema de información financiera diseñado			
2.1 Plan de implementación del sistema de información financiera aprobado por el IGSS	-	100%	100%

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). El IGSS desarrolló un Plan de Modernización el cuál financió inicialmente con recursos propios y posteriormente continuó financiando con los recursos del préstamo (reducidos de US$3,43M. a US$1,36M). La calificación se considera satisfactoria porque, aun cuando en los objetivos se hace referencia a una reestructuración del IGSS, las actividades definidas en el Programa hacen relación a la modernización de su función de aseguramiento, que fue el enfoque dado por el IGSS al componente. En este mismo sentido, los dos primeros indicadores no guardan relación con las actividades previstas en el programa ver link Informe de Evaluación Final PMSS II. Hernández, N. Junio 2008

Reestructuración. Indique si este componente del proyecto ha sido reestructurado (fecha aprobación por el Gerente). Describir brevemente las consecuencias de estos cambios.
[x] N/A

Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación:

[ ] Muy Satisfactorio (MS) [x] Satisfactorio (S) [ ] Poco Satisfactorio (I) [ ] Muy Insatisfactorio (MI)

Componente 4. Programa de mejoramiento de la gestión hospitalaria			
1. Plan de aprestamiento ejecutado 1.1 Reglamento operativo aprobado	- -	1	1
2. Fondo mejoramiento de la gestión hospitalaria establecido y evaluado 2.1 Presupuesto operativo de los hospitales beneficiarios ha sido descentralizado	-	100%	100%
3. Modelo de gestión hospitalaria definido e implementado en por lo menos siete hospitales, con convenios de gestión firmados	-	7	10
4. Rehabilitación y equipamiento de los siete hospitales piloto ejecutada al finalizar el Proyecto.	-	7	6

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica).
La calificación es de satisfactoria porque se cumplieron los objetivos y actividades previstas en el componente. El MSPAS agregó dos indicadores más (3 y 4), ya que reflejaban mejor el enfoque del componente.

Reestructuración. Indique si este componente del proyecto ha sido reestructurado (fecha aprobación por el Gerente). Describir brevemente las consecuencias de estos cambios.
[x] N/A

Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación:

[ ] Muy Satisfactorio (MS) [x] Satisfactorio (S) [ ] Poco Satisfactorio (I) [ ] Muy Insatisfactorio (MI)

d. Costos del Proyecto

	Costo Total del Proyecto – Planeado (US$000)			Costo Total del Proyecto – Actual (US$000)			% Diferencia
	BID	**CDG**	**TOTAL**	**BID**	**CDG**	**TOTAL**	
Componente I: Fortalecimiento Institucional del MSPAS Desarrollo Organizacional del MSPAS Desarrollo de la capacidad rectora y regulación	8.38 4.72 3.66	0.82 0.46 0.36	**9.20** 5.18 4.02	10.511	0.522	**11.033**	20%
Componente II: Apoyo a la Extensión de Cobertura Financiamiento de los servicios básicos salud Modernización de la adquisición de los SBS Seguimiento y evaluación del PEC Innovaciones en provisión de SBS	26.48 10.47 12.10 1.00 2.91	7.8 7.8 - - -	**34.28** 18.27 12.10 1.00 2.91	30.338	6.539	**36.877**	7,6%
Componente III: Fortalecimiento del IGSS	3.43	0.38	**3.81**	1.352	0.069	**1.421**	-62%
Componente IV: Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria	10.47	1.16	**11.63**	10.630	0.803	**10.630**	-8,6%
Administración	3.83	0.20	**4.03**	1.420	2.304	**3.724**	-7,6%
Auditoría Financiera	0.70		**0.70**	0.109	0.005	**0.114**	-84%
Imprevistos	1.60	0.31	**1.91**	0	0	**0**	0
Gastos Financieros FIV	0.55	-	**0.55**	0.034	0	**0.034**	-93,8%
Total Costos del Proyecto	55.44	10.68	**66.12**	54.394	10.242	**64.636**	-2,2%

Explique brevemente diferencias. Las principales diferencias son: 1. Una transferencia de recursos del Componente 3 al Componente 2, de US$2,0 millones para que a través de las prestadoras de servicios de salud del PEC se apoyara al país en la emergencia de la tormenta STAN, dado que a la fecha de solicitud el IGSS no había ejecutado los recursos; 2. Los imprevistos en su mayoría se transfirieron al componente 1 para: apoyo medicamentos de emergencia (Tormenta Agatha) y el financiamiento del personal del PEC y del MGH; y 3. Se cancelaron US$1.045 millones.

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

Factores Positivos:

1. Hubo continuidad en las principales intervenciones del programa, aun con cambios de gobierno. Se mantuvieron los objetivos, componentes y actividades del Programa, durante tres diferentes períodos gubernamentales, lo que permitió la continuidad de las intervenciones, específicamente en los componentes 2 y 4 que representaron el 70% del préstamo.

2. Se logró la sostenibilidad financiera del PEC y se cumplieron las metas. Los principales riesgos identificados en la etapa del diseño del Programa se relacionaron con la sostenibilidad financiera y cumplimiento de metas del PEC, por lo que se introdujeron algunos mecanismos de mitigación en el Programa. En lo que respecta al PEC, aunque se modificó el mecanismo de mitigación durante ejecución, se logró que al finalizar el programa el MSPAS asumiera el 100% del PEC con recursos propios y se cumplieron las metas. Se señalaron otros riesgos, relacionados con el gasto en salud del GOGU, no atribuibles al Programa. Sin embargo, se señalan los resultados: (i) los recursos del préstamo fueron adicionales al presupuesto del MSPAS y no sustituyeron el gasto público destinado a salud; y (ii) aunque el gasto público en salud se incrementó gradualmente en términos absolutos, el mismo disminuyó como porcentaje del PIB.

Factores Negativos:

1. La ejecución del componente 2. –PEC- (equivalente al 52% del préstamo) tuvo retrasos, ya que estaba sujeto al cumplimiento de una condición de elegibilidad. El préstamo estableció como condición previa al desembolso del componente, la contratación de una firma consultora para la realización de una auditoría concurrente. Durante los dos primeros años de ejecución del préstamo no se desembolsaron recursos del componente debido inicialmente a desacuerdos entre el BID y el MSPAS con respecto a los términos de referencia de la consultoría, y posteriormente a problemas con el proceso de selección de la firma[19]. En julio de 2004 el MSPAS solicitó al Banco una modificación contractual para la implementación de un sistema de auditoría (supervisión) institucional, la cual fue aprobada en octubre de 2004. Con la modificación del préstamo el componente se ejecutó en tres años (2005 al 2007).

2. La ejecución del componente 3 tuvo demoras debido a que su implementación no dependía del ejecutor. La ejecución del componente requería de acciones acordadas entre el MSPAS y el IGSS, pero en la práctica no se logró la coordinación inter-institucional esperada. Aunque el ente rector en salud es el MSPAS, no existe un marco legal o normativo que permita al MSPAS incidir sobre las decisiones del IGSS (institución autónoma). En el 2006 el MSPAS aprobó financiar el Plan de Modernización del IGSS, como resultado de la intermediación del Ministerio de Finanzas (MINFIN), sin que se lograran acuerdos sobre el alcance del componente.

3. La externalización de la ejecución del componente 4 debilitó la institucionalización del modelo de gestión hospitalaria por el MSPAS. Según se acordó en el préstamo se contrató una firma consultora externa al MSPAS la cual funcionaba físicamente por fuera del MSPAS. Aunque la firma se contrató en el 2002, durante los primeros años no tuvo una contraparte en el MSPAS que aprobara el Modelo de Gestión Hospitalario (MGH) y demás productos presentadas por la firma. Por esta razón solo hasta el 2004/2005 el MSPAS aprobó el modelo de gestión hospitalaria y se firmaron los convenios de gestión con los hospitales para el inicio de la implementación.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
[ ] Muy Satisfactorio (MS)	[x] Satisfactorio (S)	[ ] Poco Satisfactorio (PS)	[ ] Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

Clasificación del Desempeño del Banco			
[ ] Muy Satisfactorio (MS)	[x] Satisfactorio (S)	[ ] Poco Satisfactorio (PS)	[ ] Muy Insatisfactorio (MI)

[19] Se presentaron problemas en el proceso de selección debido a protestas que fueron presentadas por las firmas participantes. El problema principal se debió a la falta de claridad en los criterios de evaluación de los TDR.

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos y Riesgos Potenciales

Dado que el préstamo se prorrogó por más de tres años, una vez terminada la ejecución de los principales componentes, se tuvo la oportunidad de dar seguimiento a la sostenibilidad de las dos principales intervenciones: el PEC y el nuevo MGH. Como se resume a continuación, los dos programas se continuaron ejecutando tres años después de haberse terminado los recursos del préstamo. Sin embargo, presentan riesgos de sostenibilidad por factores de tipo financiero y cambios en la orientación de las políticas de salud por parte de las autoridades del sector.

Sostenibilidad del PEC. El MSPAS asumió el PEC con recursos corrientes a partir del 2008. No obstante, entre el 2009 y 2010 la sostenibilidad del PEC se vio afectada por: (i) la reducción del presupuesto (efectivo/aprobado) para el MSPAS, como resultado de la recesión mundial y como consecuencia de la disminución de los recursos fiscales del país; y (ii) la decisión del Ministerio de Salud (2010) de fortalecer la prestación de los servicios de salud del MSPAS en los niveles locales, para ir sustituyendo gradualmente los servicios contratados con las ONG. Esta situación podría ser coyuntural, en la medida en que el nuevo gobierno electo a fines del 2011 decida continuar con los programas y asignarle la prioridad y los recursos de presupuesto requeridos para su sostenibilidad. El BID seguirá monitoreando este programa a través del nuevo préstamo GU-L1022, el cual continúa fortaleciendo la prestación de servicios a las comunidades sin acceso en modalidades similares a aquella del PEC.

Sostenibilidad del MGH. El modelo de gestión hospitalaria se sigue implementando ya que, con base en las experiencias del préstamo actual, el BID aprobó una operación para extender el modelo al resto de la red hospitalaria. A pesar de esto, la sostenibilidad del modelo requería de la incorporación de los recursos humanos del modelo a la estructura oficial del MSPAS, lo cual no se logró durante un tiempo dado las restricciones presupuestarias. La sostenibilidad del programa dependía de la decisión de cada director de hospital de destinar sus escasos recursos para mantener este personal. No obstante, en el marco de la operación de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria (GU-L1009), se ha logrado institucionalizar el MGH, contratar al personal requerido e incorporarlos al presupuesto del MSPAS.

b. Capacidad Institucional

El Programa se ejecutó a través de una Unidad Ejecutora de Programa, UCP financiada por el préstamo, con un equipo de gerencia, técnico y un equipo administrativo-financiero permanente, paralelo al personal del MSPAS. La mayor parte de la capacidad institucional adquirida se perdió a fines del 2007, ya que el MSPAS no asumió el personal de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), principalmente en cuanto a los aspectos fiduciarios (financieros y de licitaciones).

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
[ ] Muy Satisfactorio (MS)	[x] Satisfactorio (S)	[ ] Poco Satisfactorio (PS)	[ ] Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

El Programa no contemplaba la realización de una línea de base, por lo que fue difícil medir los efectos del Programa posteriormente. No obstante, se realizaron evaluaciones del PEC, una de ellas sobre la provisión del CSBS en una muestra de hogares con representatividad nacional y

otra sobre la capacidad técnica, administrativa y financiera de las PSS y ASS[20] ambas evaluaciones fueron clave para el diseño de las modificaciones al CSBS, al número, características y atribuciones del recurso humano, entre otras, incluidas en la Propuesta[21]. El estudio de capacidad permitió identificar las áreas en que las ONG requerían ser apoyadas y fue la base para el diseño del programa de fortalecimiento de las ONG.

Se realizó una evaluación con base en datos longitudinales de las encuestas nacionales de condiciones de vida (2002 y 2006) y otros datos estadísticos administrativos, con el fin de evaluar algunas variables de salud que pudieran medir el impacto del PEC. Los resultados demostraron impactos significativos en relación a la cobertura del programa, a la provisión de servicios de atención prenatal por parte de personal médico, y a la cobertura de inmunizaciones, y muy poco impacto en relación a la planificación familiar. Adicionalmente, no se encontró impacto del PEC en la reducción de la mortalidad infantil, aunque se considera que este resultado puede atribuirse a que los datos disponibles corresponden a la fase inicial de implementación del PEC, previo al fortalecimiento del programa a partir del 2005[22]. El mecanismo de monitoreo del Programa se basó en los informes semestrales solicitados por el BID y dos evaluaciones de procesos del Programa: Evaluación Intermedia y Final (Ver en Anexos).

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

No se contempló en el Programa.

VII. Lecciones Aprendidas

Diseño. El Programa incluía la definición de aspectos técnicos y operativos importantes, previo a la ejecución de dos componentes (Auditoría Concurrente y modelo concursable de PROHOSPITAL) para lo cual la unidad ejecutora no estaba preparada, lo que implicó retrasos en ejecución. Sería recomendable que, según el análisis de la capacidad institucional del ejecutor, en la fase de diseño se brinde el apoyo técnico necesario para la definición previa de estos aspectos (por ejemplo, elaboración de términos de referencia claves, documentos modelo de licitación, criterios de evaluación, etc.).

Otro tema de diseño es en relación al grado de complejidad del Programa, ya que entre más complejo y ambicioso, es más difícil concretar acciones y obtener resultados, que es el caso del Programa. Adicionalmente el proceso de ejecución requería de acciones que no estaban al alcance del MSPAS, sino de otros actores. Por ejemplo el componente 3 requería del acuerdo con el IGSS el cual nunca se logró; la aprobación de la nueva estructura del MSPAS requería la aprobación del MINFIN y la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC), las cuales no aprobaron el presupuesto requerido para la implementación de la estructura organizacional de la estructura propuesta para el MSPAS, etc. El involucramiento de los agentes implicados en los programas, deben ser involucrados desde el diseño del programa con el fin de que asuman la responsabilidad que les asigna el mismo.

Monitoreo y Evaluación. Los programas deberían incluir en su diseño la metodología de monitoreo y evaluación (incluyendo la línea de base) en todos los niveles. Hay una limitada capacidad del MSPAS para supervisar, seguir y evaluar los programas de salud y dada la

[20] GETSA. Evaluación de la Provisión de Servicios Básicos de Salud mediante Indicadores Trazadores en una Muestra de Hogares con Representatividad Nacional. Guatemala, Abril-mayo de 2004. MSPAS. Evaluación basal de capacidad técnica, administrativa, financiera y de gestión de las organizaciones ASS y PSS proveedoras de servicios básicos de salud en Guatemala. Guatemala. Mayo-julio de 2004.

[21] MSPAS. Descripción de los subsistemas de seguimiento y evaluación concurrentes de la provisión de servicios básicos de salud por prestadoras y administradoras de servicios de salud en Guatemala.Guatemala,Septiembre 2004.

[22] Cristia J, Evans W, Beonsoo K. 2011. "Does Contracting Out Primary Care Services Improve Child Health? The Case of Rural Guatemala". IDB Working Paper Series No. IDB-WP-273.

escasez de los recursos (financieros y humanos) no se le da prioridad, por lo que el Programa fomentaría el que institucionalmente se generen capacidades y una cultura hacia esos procesos.

Anexos:

1. Evaluación Intermedia del Programa PMSS II Febrero 2006
2. Informe de Evaluación Final PMSS II. Hernández, N. Junio 2008

“Apoyo a la Evaluación Intermedia del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, -PMSS II-”

Febrero, 2006

Objetivos de la Consultoría

Objetivo General:

- Medir el logro de los objetivos de desarrollo del PMSS II

Objetivos específicos:

a) Analizar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de los componentes, con énfasis en la revisión de los indicadores de productos, efectos y resultados; y evaluar los sistemas de seguimiento y gestión del programa.

b) Verificar el avance en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación concurrente de la provisión de los servicios básicos de salud por las prestadoras y administradoras de servicios de salud, y evaluar los resultados arrojados por el sistema, con especial énfasis en los siguientes aspectos:

   i. La implementación de las normas y procedimientos,

   ii. El avance en las metas de cobertura, calidad y financiamiento previstas en el componente de extensión de cobertura y

   iii. La provisión efectiva de servicios a los beneficiarios.

Marco Lógico del Programa

Componente 1: MSPAS fortalecido en Institucionalmente

1. Áreas de salud con nuevo modelo de gestión definido e implementado, con RRHH incorporado y equipo informático adquirido.
2. Áreas de salud con sistema de monitoreo, supervisión y evaluación funcionando en los 3 niveles de atención
3. Unidades con compromisos de gestión firmados e implementados. (Hospitales/Áreas)

Componente 2: Cobertura y calidad De los servicios básicos de salud extendida y Mejorada (mediante contratos)

1. 500,00 Personas nuevas cubiertas por PBS de salud en las áreas de atención.
2. Nuevas formas de suministro de SBS identificadas y apoyadas por el MSPAS.

Componente 3: IGSS fortalecido en su función aseguradora

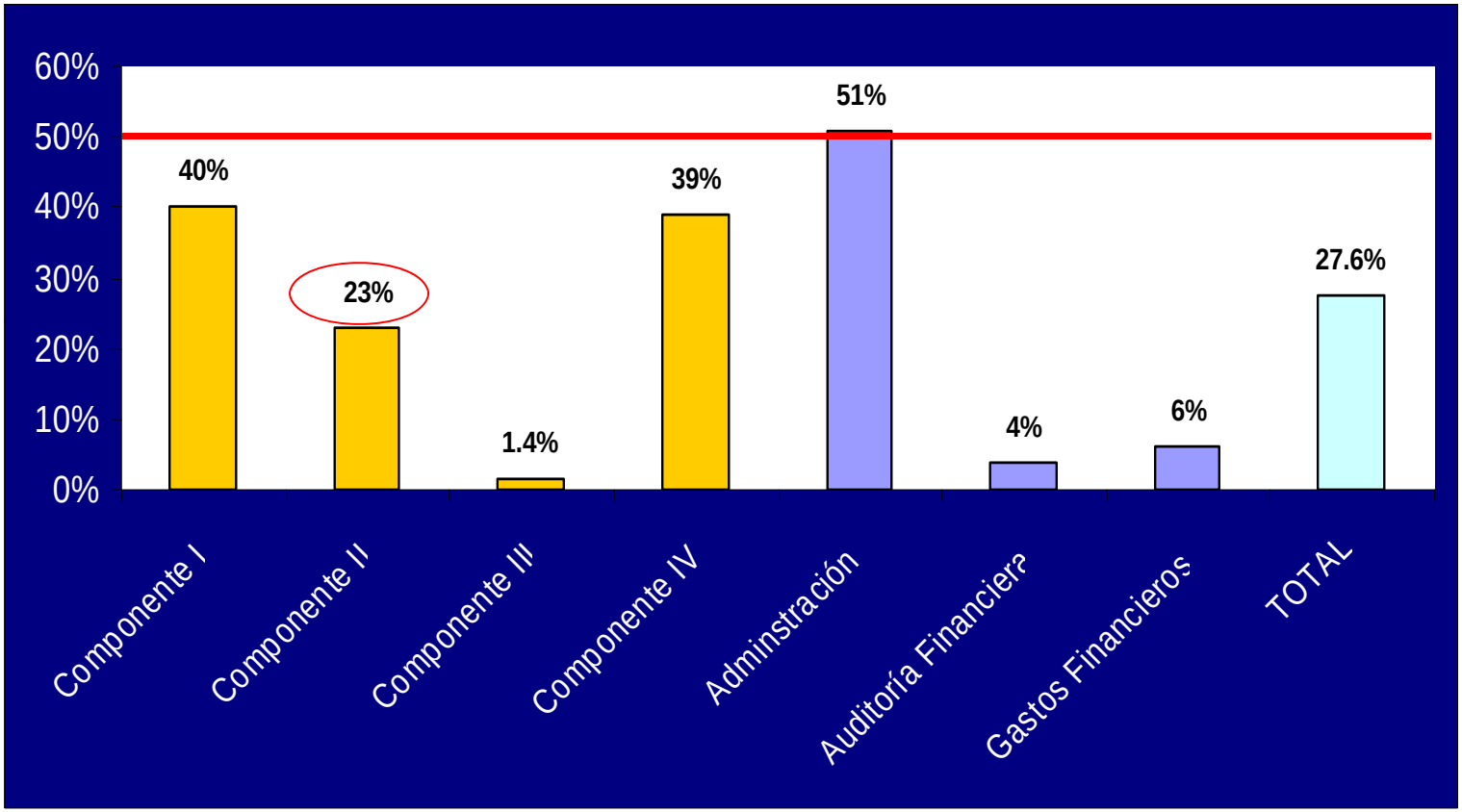
1. Mejorar la ejecución de las cuentas por cobrar/pagar
2. Aumento en el gasto del IGSS en servicios contratados para prestación de servicios en salud

Componente 4: Productividad y calidad hospitalaria incrementadas

1. Modelo de gestión hospitalario definido e implementado en hospitales piloto, con convenios de gestión firmados.
2. Planes de inversión de hospitales piloto, aprobado y ejecutado.
3. Extensión del modelo básico a Hospitales de mayor complejidad, definido e implementado

Fin:
Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población de Guatemala.
Propósito:
Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas.

Ejecución Financiera acumulada a Dic 2005 del Préstamo BID-1221/OC-GU



Fuente: Administración Financiera del PMSS II

- En el componente II, existe un atraso de ejecución por la definición de la Contratación del Diseño de los subsistemas de seguimiento y evaluación concurrente. Debe tomarse una decisión sobre la reprogramación de recursos.

COMPONENTE I: FORTALECIMIENTO DEL MSPAS

Objetivos de Desarrollo/Indicadores para el Segundo Semestre del 2007

1. 26 Áreas de salud con nuevo modelo de gestión definido e implementado, con recurso humano incorporado y equipo informático adquirido

2. 26 Áreas de Salud con sistema de monitoreo, supervisión y evaluación funcionando en los tres niveles de atención.

3. Unidades Ejecutoras -7 hospitales y 13 de las 26 Áreas de Salud- con compromisos de gestión firmados

→ MSPAS Fortalecido Institucionalmente

→ Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas

El MSPAS en cifras: Indicadores Principales de Salud

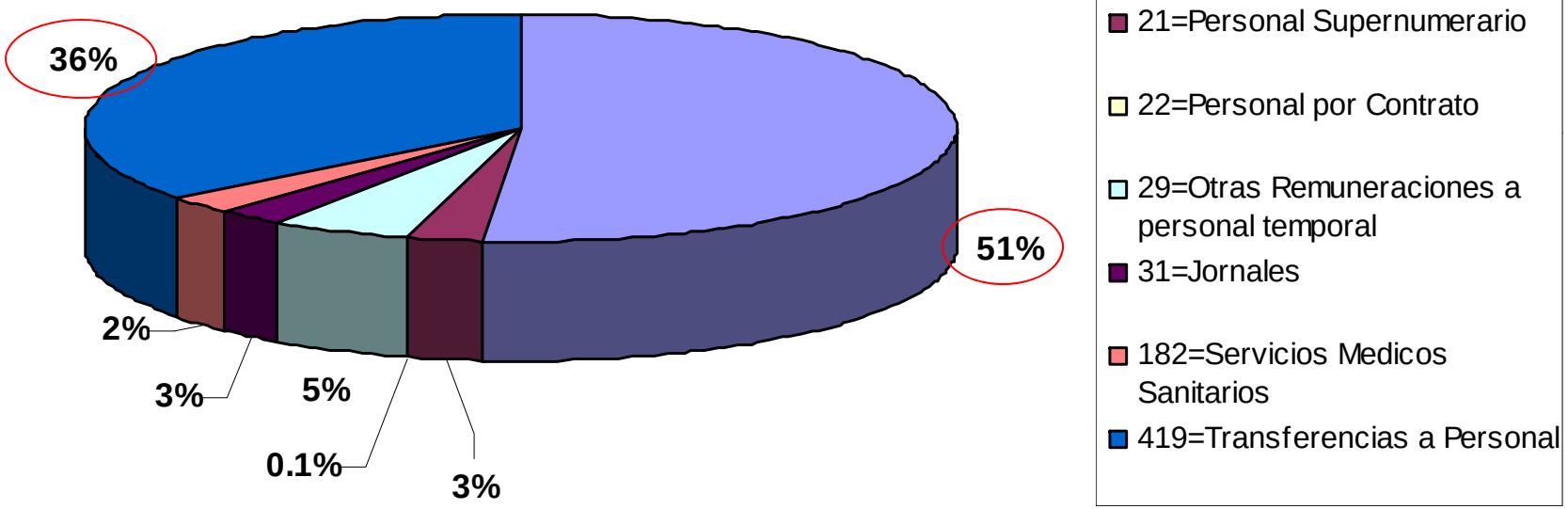
INDICADORES	1987	1995	1998-1999	2002
Mortalidad General (por 1000hab)	N/D	N/D	5.3	4.7
Mortalidad Infantil en niños menores de 1 año (por 1,000 n.v.)	**73**	**51**	**45**	**39**
Mortalidad Materna (por 100,000 n.v.)	**219**	**190**	**190**	**153**
Tasa de Fecundidad	5.6	5.1	5.0	4.4
Desnutrición Crónica	57.9	49.7	46.4	48.7
Atención de parto en establecimiento (% cobertura)	N/D	34.3	40.4	42.1

Fuente: Tercer Informe de la Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003
Abril, 2005

- La tasa de mortalidad infantil y la materna se ha reducido en 46% y en 30% respectivamente; sin embargo, aún son unas de las tasas de mortalidad más altas a nivel latinoamericano.

El MSPAS en cifras:
Personal del MSPAS en Ene. 2006 por renglón de contratación

Total de personal 2006: 35,034

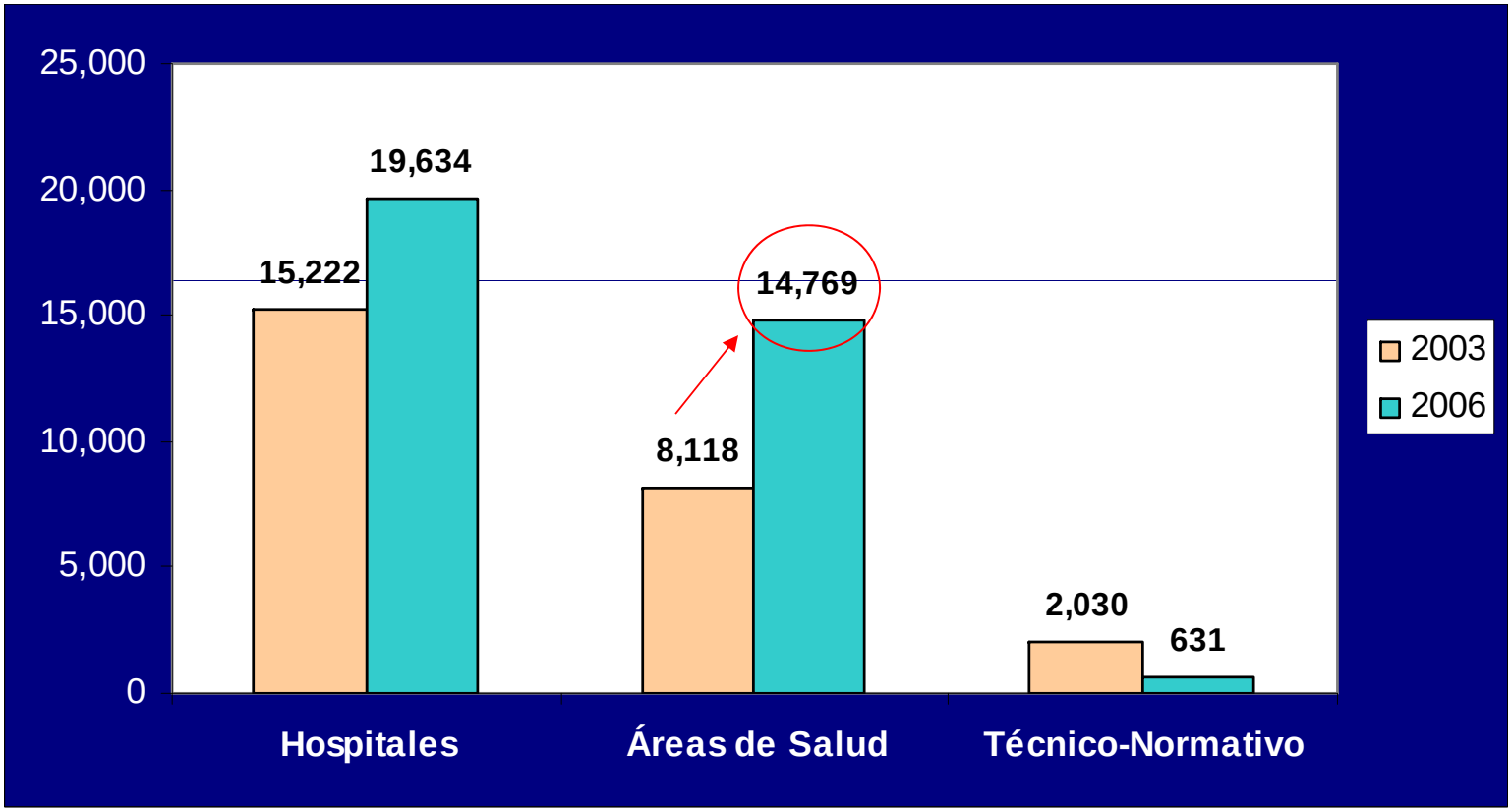


Fuente: Departamento de Recursos Humanos del MSPAS, Enero 2006

- La mayor parte del personal es permanente, 011 (51%)
- El 36% se refiere a pago de Prestadoras de Salud Privadas

El MSPAS en cifras:
Personal del MSPAS en Ene. 2006 por nivel

Total de personal 2006: 35,034
Total de personal 2003: 25,370



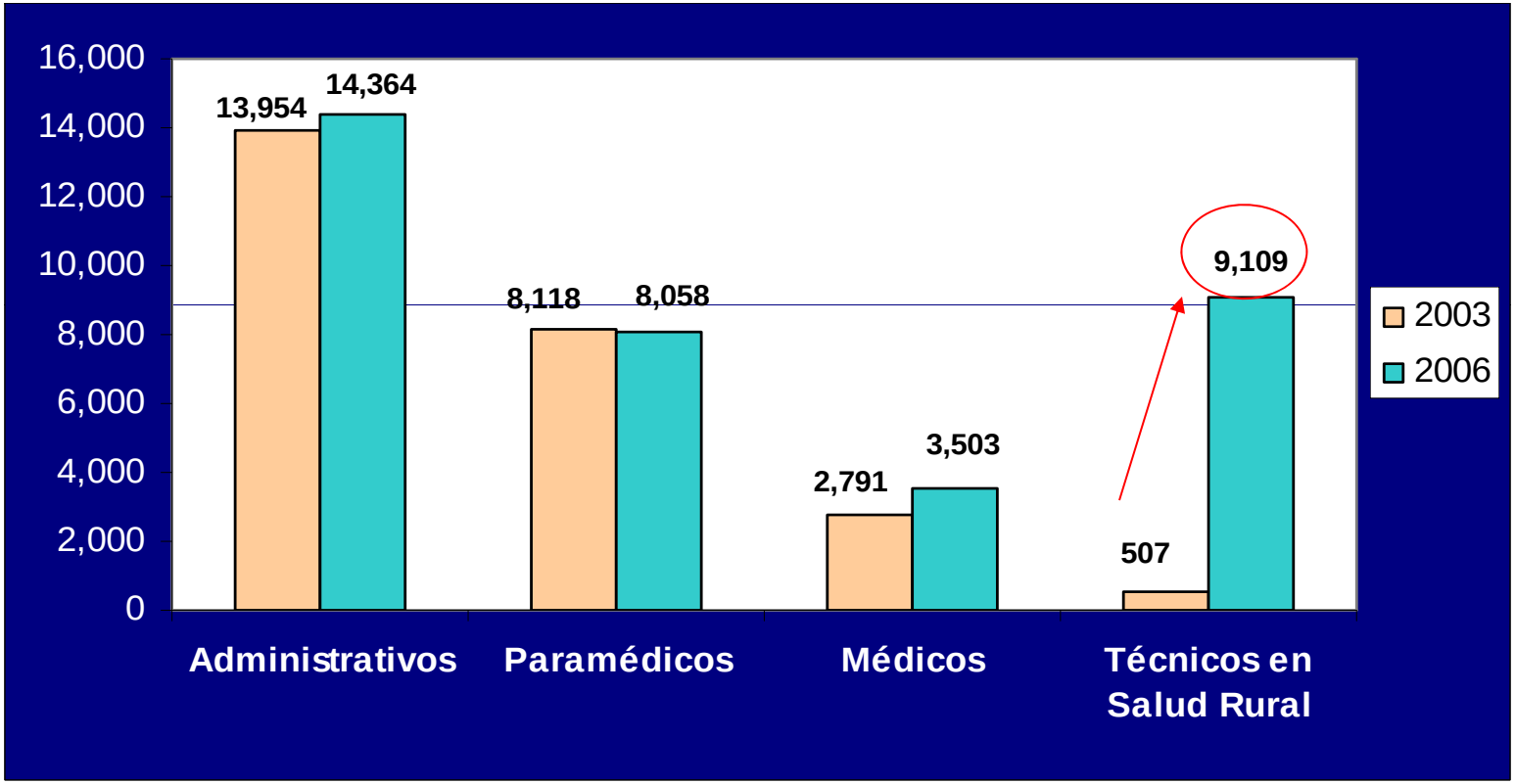
Fuente: Departamento de Recursos Humanos del MSPAS, Enero 2006

- El personal total del Ministerio aumentó un 12% por año.
- En los últimos años, las áreas han aumentado el personal en términos absolutos, lo que indica que se privilegia la labor preventiva.

El MSPAS en cifras:

Personal del MSPAS en Ene. 2006 por Tipo de empleado

Total de personal 2006: 35,034
Total de personal 2003: 25,370



Fuente: Departamento de Recursos Humanos del MSPAS, Enero 2006

- La cantidad de personal administrativo, paramédicos y médicos se ha mantenido, los técnicos en salud rural ha aumentado significativamente.
- El aumento de técnicos de salud es positivo ya que privilegia el apoyo técnico a las áreas.

El MSPAS en cifras: Principales Indicadores Presupuestarios

(En MM de US$. corrientes)

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aprobado	211.1	217.7	222.2	231.0	244.6	273.4
Modificado	200.8	207.1	225.8	225.6	249.5	273.4
Ejecutado	193.7	197.4	209.7	209.6	243.4	-
% Ejecución	96%	95%	93%	93%	98%	-
Incremento del Presupuesto Aprobado del MSPAS	-	3.1%	2.1%	3.9%	5.9%	11.8%
Incremento del Presupuesto Aprobado del Gob. Central	-	5.6%	22.2%	3.6%	9.4%	17.0%
Pres. Aprobado del MSPAS/Pres. Gob Central	7.3%	7.1%	5.9%	6.0%	5.8%	5.5%
Presupuesto Ejecutado del MSPAS/PIB	0.92%	0.85%	0.84%	0.77%	0.76%	-

Fuente: Reportes del SIAF del MSPAS, MINFIN y Banco de Guatemala.

- Hasta el 2005, el presupuesto aprobado del MSPAS había aumentado en promedio 3.8% anual, con el mismo comportamiento de aumento del Presupuesto Total.
- En los indicadores: % del presupuesto aprobado del MSPAS/Presupuesto del Gob. Central y % del presupuesto ejecutado MSPAS/PIB, ambos tienen una tendencia decreciente.

Avances del Componente I: Objetivo I

- Capacidad Rectora:
  - Preparación y Promoción de la Agenda Nacional de Salud
  - Se tienen 11 de los 16 reglamentos de vigilancia y control de salud que ordena el Código de Salud.
- Organización
  - Creación del Departamento de Programación y Proyectos, el cual tiene como objetivo la definición y el seguimiento de programas financiados con recursos externos.
- Recurso Humano
  - Capacitación de Epidemiólogos en Universidades Nacionales.
  - Recursos Humanos, hay planificación estratégica, hay un inventario del personal, hay un proceso de selección de personal nuevo.

Avances del Componente I: Objetivo I

- Gestión Financiera:
  - El Sistema Integral de Administración Financiera, -SIAFI-, en proceso de implementación, se está revisando los manuales y capacitando al personal involucrado.
  - Existe un documento (DAM-2005) que recopila la normativa del Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento.

Avances del Componente I: Objetivo II

- A nivel central, existe un sistema de información que permitiría dar seguimiento y evaluación a LAS ESTADISTICAS DE SALUD.

Avances del Componente I: Objetivo III

- Existen convenios firmados con compromisos claros para la implementación del PBS.
- Hay convenios generales firmados con los 7 hospitales piloto.

Áreas de Poco Avance: Objetivo I

- Capacidad Rectora:
  - No se ha definido ni emitido una reglamentación del Mercado de Servicios Médicos, Fármacos y Alimentos y de Riesgos Ambientales.
- Estructura Orgánica:
  - En el Desarrollo Organizacional del MSPAS, no ha habido consenso sobre un modelo lógico, coherente y de buen funcionamiento.
- Comunicación
  - No se tuvo evidencia que existiera o que se esté implementando una estrategia de comunicación.

Áreas de Poco Avance: Objetivo II

- Sistema de Seguimiento y Monitoreo
  - El Sistema Información Gerencial de Salud, -SIGSA-, no está funcionando integralmente en el Ministerio, existen sistemas paralelos.
  - No se ha consolidado un sistema de información para el seguimiento de los costos y la producción y calidad de los servicios.
  - No se obtuvo evidencia de un sistema integral del sistema de monitoreo, supervisión y evaluación en los tres niveles de atención, únicamente existe en el primer nivel de atención.
  - El proceso de licitación para la compra de equipo y cableado para tener el sistema en red, no fue exitoso, solamente ofertó una empresa.

Áreas de Poco Avance: Objetivo III

- No hay convenios de gestión con las Jefaturas de Area, ni con los hospitales que no están definidos como piloto.
- Los convenios de gestión con los 7 hospitales piloto, tienen un alcance limitado y no se percibe que busquen un nivel de compromiso concreto y diferente a las responsabilidades actuales, de ambas partes.

Conclusiones del Componente I

- En términos generales, el componente todavía no muestra avances significativos con relación a los objetivos, puesto que el nivel de complejidad es mayor.
  - A pesar que, se ha tenido evidencia de una mayor presencia de personal en las áreas de salud y con mayor personal técnico, es necesario definir cuanto antes, la nueva estructura del MSPAS, que muestre: i) que clarifique las funciones normativas/reguladoras en la parte sustantiva y un solo ejecutor de cada una; y, ii) que el nivel desconcentrado tenga UN solo jefe.
  - En el primer nivel de atención se están haciendo los esfuerzos para consolidar el sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación en la prestación del PBS; pero se requiere más apoyo para integrarlo a los ejecutores institucionales (Puestos de Salud. Se requiere más apoyo del nivel central en los otros dos niveles, aunque en hospitales el proceso de implementación ya se inició.
  - No hay avances concretos en materia de convenios institucionales:
    - No hay convenios con las jefaturas de áreas.
    - Los convenios de extensión de cobertura con prestadoras contratadas existen con los requisitos necesarios, pero no existen estos convenios con el primer nivel de atención institucional (puestos de salud)
    - Aunque ya se tienen firmados convenios de gestión con 7 hospitales, éstos adolecen de compromisos que muestren un cambio del actual modelo, a uno de mayor servicio al paciente.

COMPONENTE II: APOYO A LA EXTENSIÓN DE COBERTURA

Objetivos de Desarrollo/Indicadores para el Segundo Semestre del 2007

1. 500,000 personas nuevas están cubiertas por el paquete contratado de Servicios Básicos de Salud en las áreas de atención a la mujer, al niño menor de 2 a 5 años, a la demanda de urgencias, morbilidad y al ambiente.

2. Al menos 3 proyectos innovadores en el suministro de Servicios Básicos de Salud han sido seleccionados y apoyados por el programa, en las siguientes áreas: red de servicios básicos, comunicación educativa en salud, y suministro de servicios de salud a la comunidad indígena.

Cobertura y calidad de los servicios básicos de salud extendida y mejorada

Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas

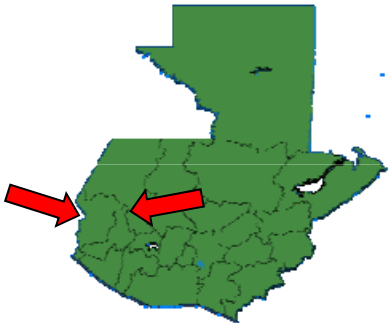
Áreas Visitadas

- Huehuetenango:

- Chiquimula:

- Quiché:

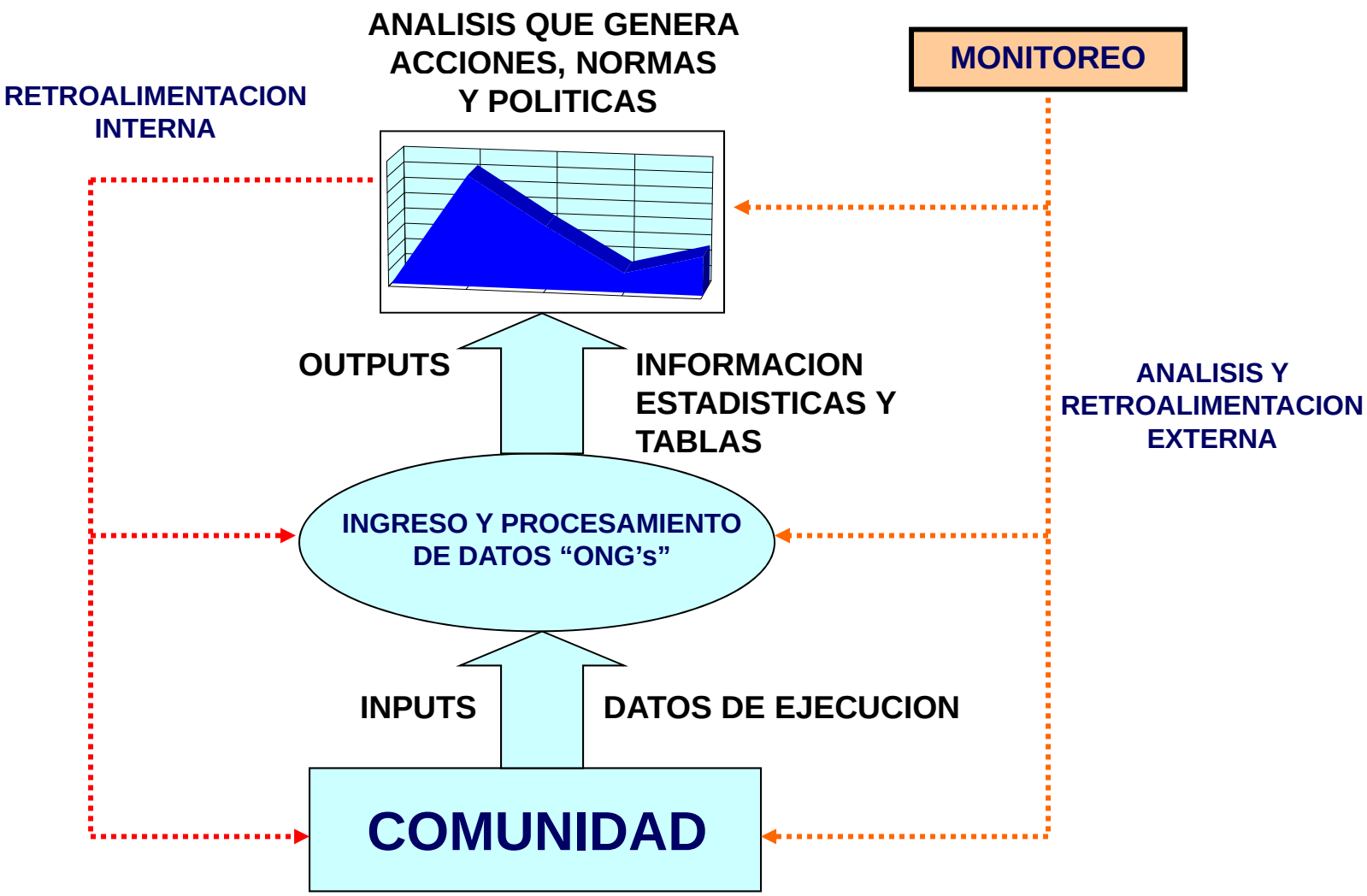
- San Marcos:



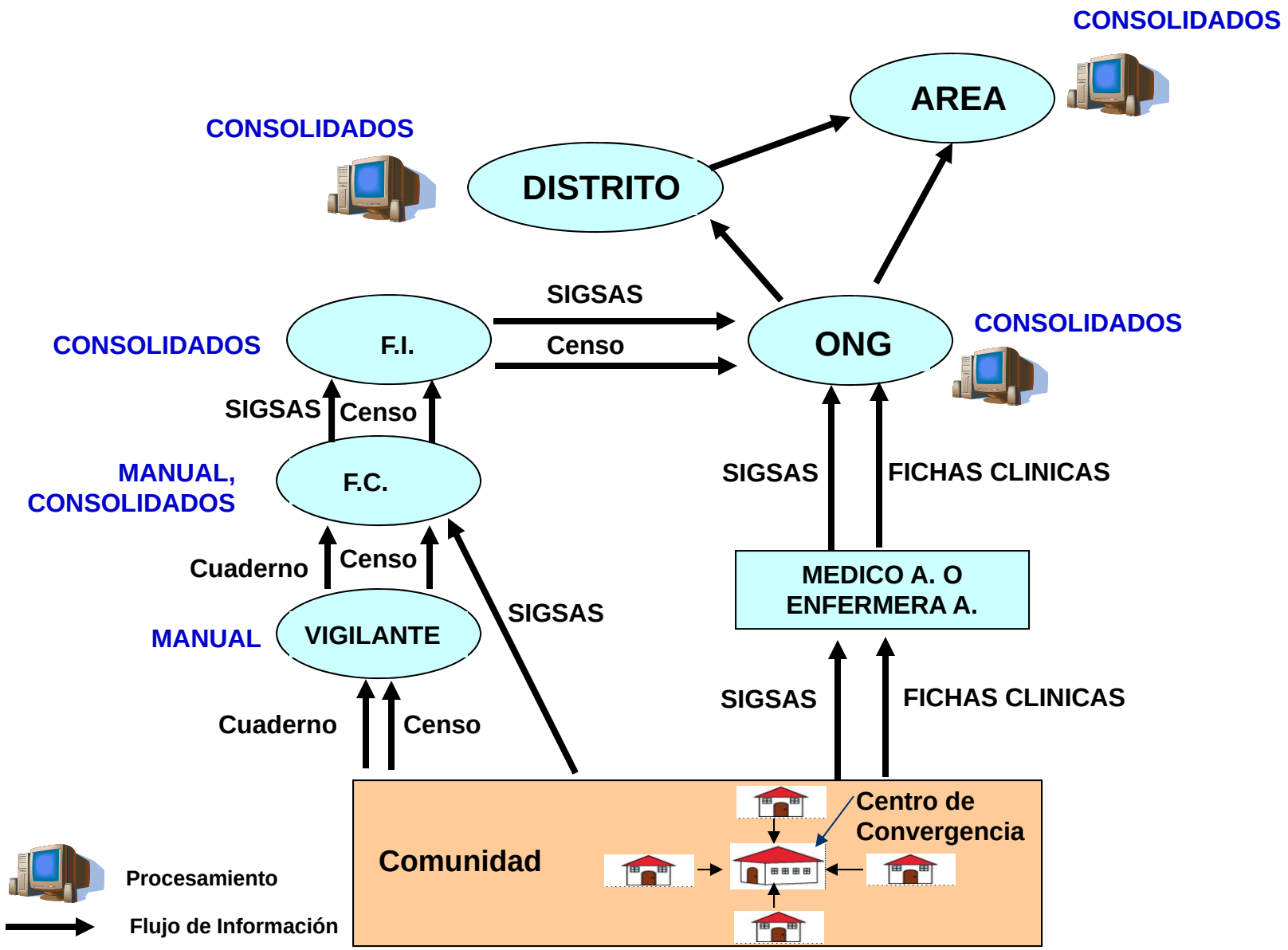
Factores externos en las Áreas Visitadas

- Diferentes idiomas mayas en la región occidental dificulta la comunicación.
- Alta tasa de migración hacia EEUU u otros departamentos en la región occidental.
- La cultura y el machismo limita la cobertura.
- Falta de ONG's dispuestas a trabajar dentro del programa.
- Falta de recurso humano capacitado dispuesto a trabajar en las condiciones actuales.
- Centros de convergencia con infraestructura y equipo precario.
- En el 2005, atraso en los desembolsos trimestrales.
- Listado básico de medicamentos insuficiente para atender necesidades del PBS y de otras patologías comunes.

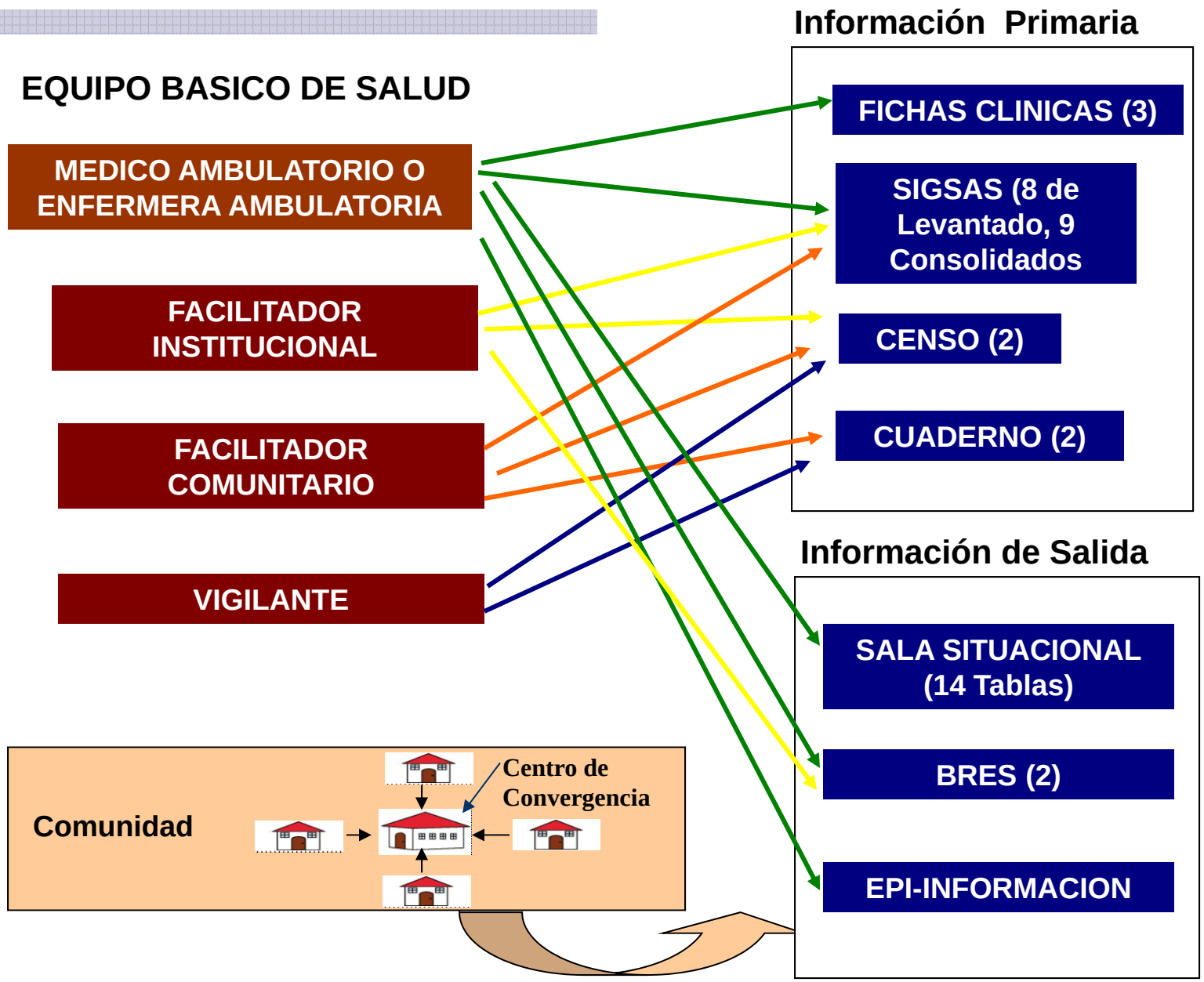
Marco Conceptual: Sistema de Información y Relación con el Monitoreo



Flujo de la información actual



Levantado de la Información



Hallazgo: Duplicidad en levantado de la Información

- **DUPLICIDAD No. 1:**

FICHA CLINICA		**SIGSA 3 P/S, 3 C/S**
A) Datos Generales	⇔	Datos Generales
B) Consulta General	⇔	Diagnostico
C) Medicamento recetado	⇔	Medicamento recetado

- **Duplicidad No. 2:**

FICHA CLINICA		**SIGSA 4 C/S**
B) Consulta General	⇔	Diagnostico
C) Medicamento recetado	⇔	Medicamento recetado

- **DUPLICIDAD No. 3:**

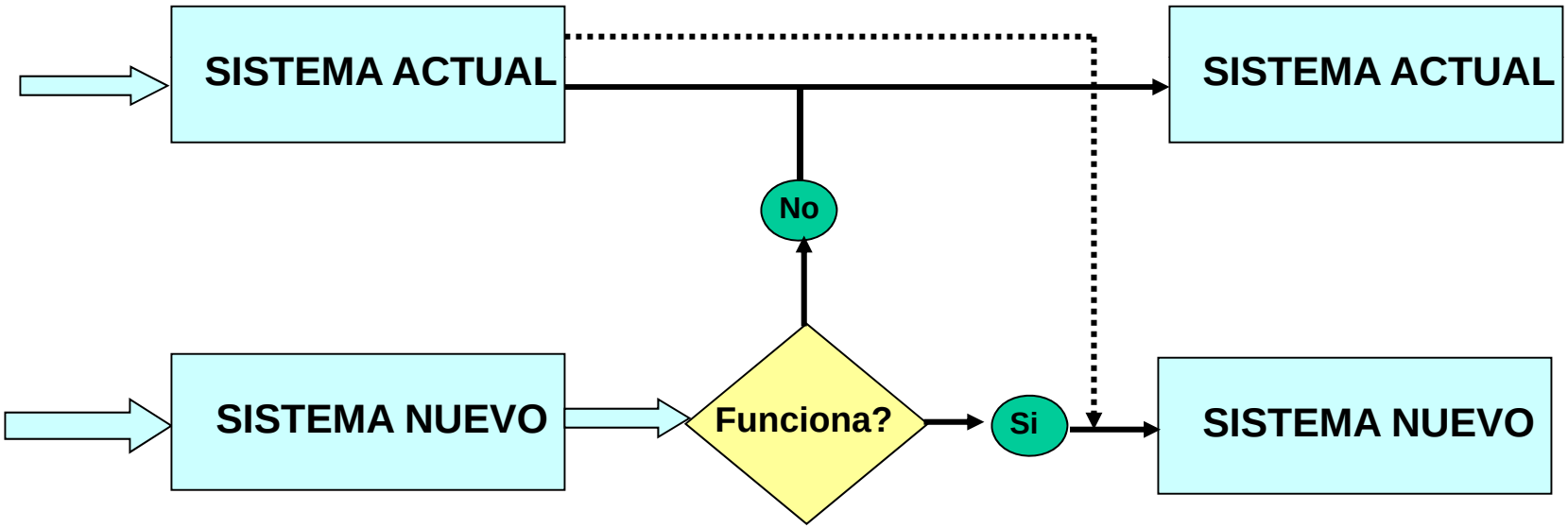
FICHA CLINICA		**FICHA CLINICA**
A) Record de consultas y medicamentos	⇔	Consulta General (existe record de medicamentos)

- **DUPILICIDAD No. 4:**

FICHA CLINICA		**FICHA CLINICA**
A) Record de consultas y medicamentos	⇔	AIEPI AINM-C
B) Datos Generales	⇔	AIEPI AINM-C
C) Antecedentes	⇔	AIEPI AINM-C

Sistemas Paralelos

- En toda etapa de transición de métodos, existen sistemas paralelos y duplicidades

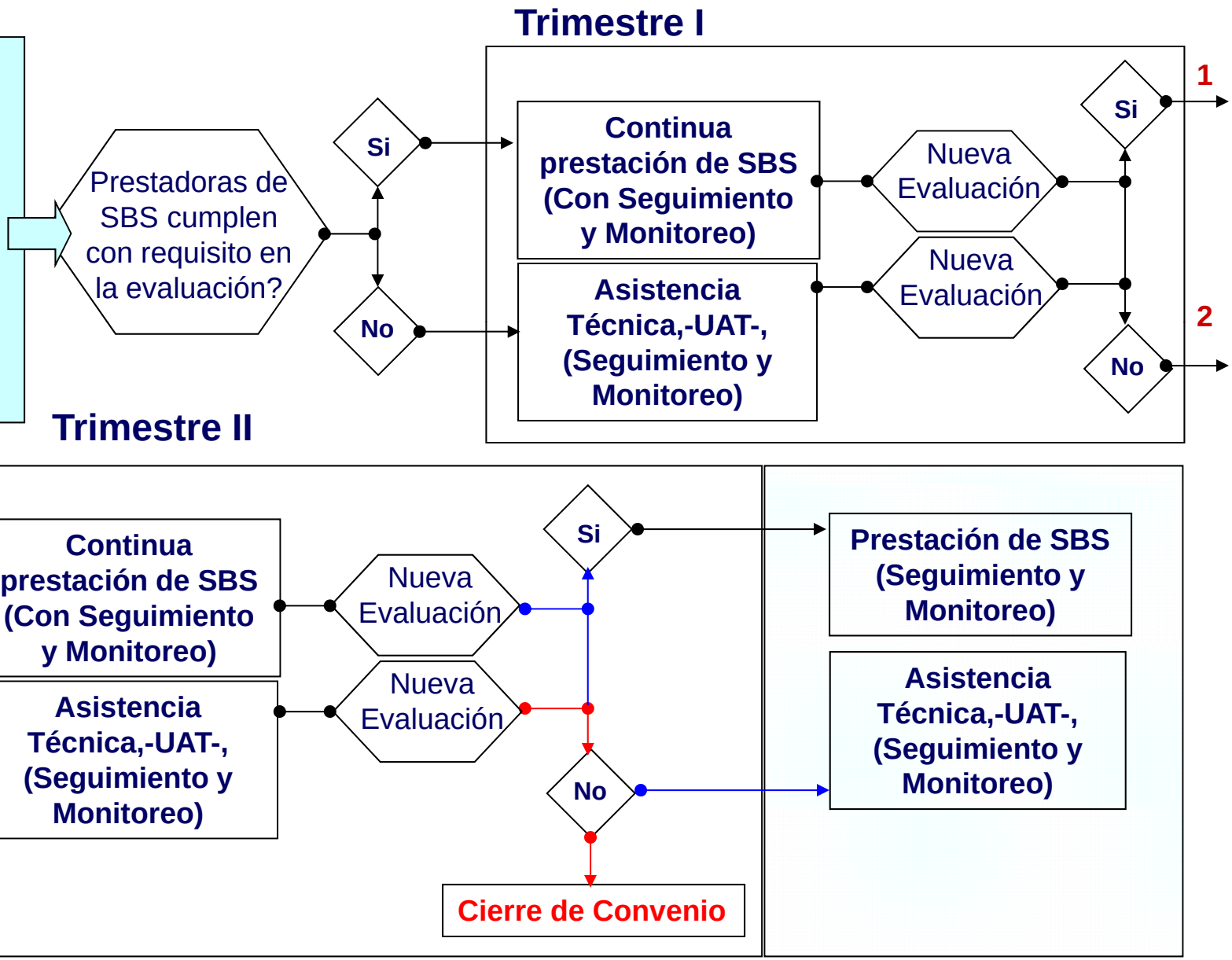


Sin embargo, SE DEBE EVITAR SER CAOTICO!!

Proceso de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación

Proceso para ONG's con:

- **Excelente prestación de SBS**
- **Sigue con la prestación de SBS**
- **Condicionadas**



Proceso Seguimiento, Monitoreo y Evaluación

- La primera evaluación realizada en el año 2004, reflejó que en promedio habían 4 jurisdicciones condicionadas por departamento.
- A finales del 2005, hay pocas jurisdicciones condicionadas, 1 en promedio, en algunas áreas ninguna.

➡ El proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación si ha funcionado.

➡ UAT y Jefaturas de Área están integrados. Sin embargo si se desea institucionalizar el proceso en el futuro, se debe maximizar los esfuerzos de apoyo a las UAT como parte integrante de la Jefatura de Área. (recursos en equipo, movilización y capacitación)

Problemas y Logros con Indicadores "Difíciles"

1. *70% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo*:
2. *70% de embarazadas con tres controles.*
3. *80% de las puérperas reciben control en los primeros 40 días después del parto*.
4. *20% de mujeres se han tomado una muestra de PAP*
5. *45% de mujeres de 15 a 49 años, que utilizan un método de planificación familiar.*

Estos indicadores tienen problemas de cumplimiento, debido a razones culturales, por lo que se debe apoyar con otro tipo de intervenciones, o con acciones más creativas, orientadas a un cambio de cultura, que no se da en el corto plazo.

Conclusiones del Componente II: Objetivo I

- Los resultados indican que el Componente está cumpliendo el objetivo I:
  - El registro de la UPS 1 indicaba que a Junio del 2005 se cubrían 796,287 habitantes con el paquete de servicios básicos de salud, financiados por el PMSS II
  - Aceptación e integración del Programa dentro de la estructura desconcentrada del MSPAS.
  - Sistema de planificación, información, monitoreo y evaluación en fase de implementación, por lo tanto:
    - La transición provoca duplicidad de esfuerzos e instrumentos: SIGSA, Censos, Ficha Clínica, Estrategias de Prevención. Al finalizar el 2005, el sistema tendrá resultados que deberán ser evaluados para evitar las duplicaciones.
    - Existe un proceso de convocatoria y calificación (3 meses) a las ONG's que permite la competencia y la transparencia.
  - Percepción generalizada de que el sistema de información es útil, sin embargo, no se ha fortalecido el análisis de la información a nivel central.
  - Alto nivel de compromiso por parte de los proveedores de servicio (ONG´s), UAT's, y la comunidad.

COMPONENTE III: FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN ASEGURADORA DEL IGSS

Objetivos de Desarrollo/Indicadores para el Segundo Semestre del 2007

1. Reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS implantada

2. Diseño de los sistemas de información financiera exigido por la estructura organizacional

IGSS fortalecido en su función aseguradora

Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas

Conclusiones del componente III

- El componente no se ha ejecutado.

- Existen 4 posibles alternativas para avanzar:
  1. **Nueva negociación entre IGSS – MSPAS**
  2. **Cambiar de Unidad Ejecutora**
  3. **Nuevo préstamo IGSS-BID para este componente.**
  4. **Desobligación Total del Componente**

COMPONENTE IV: MEJORAMIENTO EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Objetivos de Desarrollo/Indicadores para el Segundo Semestre del 2007

1. Modelo de Gestión Hospitalario definido e implementado en hospitales piloto, con convenios firmados.

2. Planes de Inversión de hospitales piloto aprobado y ejecutado.

3. Extensión del Modelo Básico a Hospitales de mayor complejidad, definido e implementado.

Usuario satisfecho

Productividad y Calidad Hospitalaria Incrementadas

Marco Conceptual: Gestión Hospitalaria

Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria

Objetivo General: "Aumentar la productividad y la calidad de los servicios en un mínimo de siete hospitales, a través de mejoras en sus estructuras de dirección, gestión y financiamiento".

AREAS DE INTERVENCIÓN

- **Organización y Gestión**
- **Capacitación**
- **Inversión**

Situación Actual en los Servicios de Salud

Principales Indicadores 2004

INDICADORES	HOSPITALES		
	Huehuetenango	Quiche	Cuilapa
No. CAMAS	146	100	174
Servicios	9 locales para consulta externa; 4 quirófanos; Una área de emergencia sectorizada; Una sala de partos con dos mesas de trabajo	8 locales para consulta externa 3 puestos en la sala de partos 6 quirófanos, y 4 funcionando	10 locales para consulta externa 2 quirófanos Una área de atención de emergencia con 11 camas
Índice de Ocupación	85%	69%	70%
Índice de Mortalidad	1.6%	2.8%	1.2%
Índice de capacidad de Egresos	103%	81%	82%
Índice de capacidad de consultas externas	43%	42%	81%
Índice de capacidad de Intervenciones quirúrgicas	103%	54%	101%
Índice de capacidad de producción de emergencia	68%	68%	99%
Valor Económico UBA	Q.227	Q.361	Q.215
Personal Asistencial /Cama	1.1	1.7	1.0

Percepciones del Modelo de Gestión Hospitalaria

Huehuetenango:

- *“Estamos convencidos que es bueno y funcional, sin embargo hemos encontrado resistencia en el personal medico y técnico.”*
- *“Existe una mayor delegacion en las deciciones operativas en cada area, por lo que como director tengo más tiempo para supervisión”.*

Quiché:

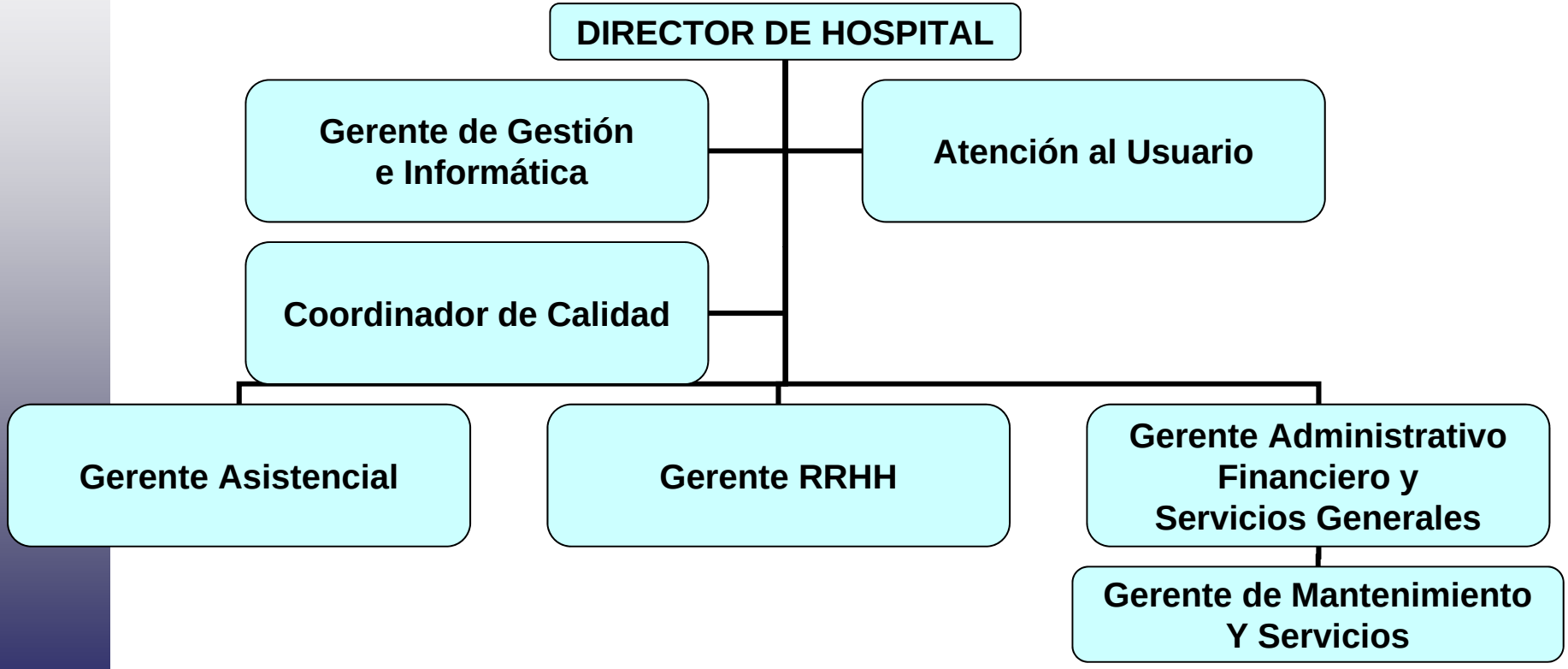
- *“El funcionamiento y factibilidad del modelo es bueno, sin embargo, los resultados serán mejores con las nuevas inversiones físicas”.*

Cuilapa:

- *“Para nosotros es el método por el cual se tiene que administrar eficazmente los recursos”.*

Organización de Gestión

Estructura Organizacional Propuesto



- Estructura organizacional completa en los 7 hospitales piloto.
- Personal con funciones claras y definidas

Presupuestos Aprobados 2006

ACTVIDAD	Huehuetenango		Quiché		Cuilapa	
0. Gestión Admón. Personal	10,439,873	**70%**	10,040,461	**69%**	13,037,566	**67%**
1. Gestión Admón. No personal	984,429	**6.6%**	2,231,528	15%	2,423,443	**12%**
2. Consulta Externa	72,011	**0.5%**	546,062	3.8%	67,200	**0.3%**
3. Emergencia	309,000	**2%**	577,890	4%	569,400	**3%**
4. Hospitalización	1,742,008	**12%**	646,975	4.5%	1,533,805	**8%**
5. Servicios de Apoyo	1,332,516	**9%**	761,163	5%	1,917,338	**9.8%**
Total de Presupuesto	**Q.14,879,837**		**Q.14,467,780**		**Q19,548,752**	

- 70 % del presupuesto de los hospitales es para sueldos y salarios, sin embargo cabe destacar que está por debajo del promedio estatal en este rubro, 90%.

Presupuestos Huehuetenango

ACTVIDAD	APROBADO 2005	APROBADO 2006	Aumento/ Disminución
0. Gestión Admón. Personal	10,123,887	10,439,873	3.1%
1. Gestión Admón. No personal	1,024,937	984,429	(5%)
2. Consulta Externa	75,468	72,011	(4.6%)
3. Emergencia	270,248	309,000	14%
4. Hospitalización	1,119,911	1,742,008	34.3%
5. Servicios de Apoyo	2,309,172	1,332,516	(42.3%)
	Q.14,923,623	**Q.14,879,837**	

Disminución: **Q. 43,786**

%: **-0.3%**

➡ La mayor contracción se experimentó en el área de Servicios de Apoyo

Presupuestos de Quiché

ACTVIDAD	APROBADO 2005	APROBADO 2006	Aumento/ Disminución
0. Gestión Admón. Personal	10,040,461	10,040,461	0%
1. Gestión Admón. No personal	1,190,191	2,231,528	87%
2. Consulta Externa	102,343	546,062	434%
3. Emergencia	531,460	577,890	8.7%
4. Hospitalización	846,299	646,975	(23%)
5. Servicios de Apoyo	1,414,981	761,163	(46%)
	Q.14,125,735	**Q.14,467,780**	
	Aumento:	**Q.342,045**	
	%:	**2.4**	

La mayor contracción se experimentó en el área de Servicios de Apoyo

Presupuestos de Cuilapa

ACTVIDAD	APROBADO 2005	APROBADO 2006	Aumento/ Disminución
0. Gestión Admón. Personal	10,487,082	13,037,566	24.3%
1. Gestión Admón. No personal	2,088,860	2,423,443	16%
2. Consulta Externa	65,325	67,200	2.9%
3. Emergencia	591,300	569,400	(0.3%)
4. Hospitalización	1,644,977	1,533,805	(6.8%)
5. Servicios de Apoyo	2,624,467	1,917,338	(26.9%)
	17,502,011	**Q19,548,752**	
	Aumento:	**2,046,741**	
	%:	**11.7**	

- El aumento de presupuesto se debió a la absorción de personal médico en proceso de especialización.
- La mayor contracción se experimentó en el área de Servicios de Apoyo

Recursos Humanos a Dic. 2005

	Huehuetenango	Quiché	Cuilapa
Profesionales	30	19	27
Enfermeras y Técnicos	136	151	154
Personal Asistencial	166	170	181
Personal Administrativo	93	81	87
Total RRHH	302	269	298
Camas	146	100	174
Asistencial/Camas	**1.14**	**1.7**	**1.04**
Admón/camas	**0.64**	**0.80**	**0.50**
Total RRHH/camas	**2.07**	**2.69**	**1.71**

- El hospital de Quiché cuenta con menores indicadores de eficiencia, relacionados con personal, especialmente si se relaciona con la producción hospitalaria.

Otros Temas de Funcionamiento

Sistema de Información:

- Existe un software para las unidades de admisión y documentación clínica brindado por CHC, sin embargo hay carencia de equipo y cableado, en los 3 hospitales visitados.

Bioseguridad, Salud Ocupacional, Desechos Hospitalarios:

- Hay avances importantes como: Contratación de Ecoterm, buenas prácticas en depto. de servicios, pero no hay soluciones de fondo.

Convenios de Gestión:

- Reciente implementación, se caracterizan por el poco alcance y contenido.

Sistema de seguimiento a la Gestión:

- Sistema diseñado y en fase de implementación. Existe seguimiento por parte CHC y la Coordinación Prohospital.

Resumen de Plan de Inversión en Infraestructura y Equipo

AREAS DE INVERSIÓN	Huehuetenango	*Quiche	Cuilapa
Radiología	148,724	123,860	101,124
Quirófanos	136,056	0	117,306
Emergencia	47,453	35,203	45,843
Pediatría	71,184	52,995	38,226
Ginecología	95,129	57,570	71,281
TOTAL	**$ 498,545**	**$269,628**	**$373,780**

*Aprobado por el BID

Gastos de Mantenimiento, 2005

	Hospital		
	Huehuetenango	**Quiche**	**Cuilapa**
Monto del Rubro de mantenimiento ejecutado (Q.)	Q.205,771	Q.38,247	Q.127,413
Presupuesto total Ejecutado(2005)	Q.16,277,596.1	Q.16,277,596	Q.20,534,679
% del total	**1.3%**	**0.23%**	**0.62%**

- Asignación presupuestaria actual en el rubro de mantenimiento no es suficiente para mantener la infraestructura y el equipo por adquirir.

Conclusiones del Componente IV:

- El componente está en buen camino de cumplir con los objetivos definidos:
  - Objetivo 1:
    - Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria está en fase de implementación, pero aún falta consolidar, principalmente en:
      - Sistema de Información
      - Sistema de seguimiento y monitoreo a la gestión
      - Convenios de gestión
    - La nueva estructura organizacional está implementada, la mayoría de gerentes tienen funciones claras y definidas.
    - Introducción del departamento de Atención al Paciente y de Control de Calidad, a hospitales ha sido beneficioso.
    - Convenios de Gestión de poco alcance.
  - Objetivo 2: Los planes de inversión han sido consensuados en los hospitales tomando en cuenta las necesidades locales, hay que tomar en cuenta el mantenimiento del equipo a futuro.
  - Objetivo 3: La ejecución está iniciando. No es posible evaluar todavía.

Conclusiones y Recomendaciones Generales del Programa PMSS II

- En términos generales, el programa se encuentra encaminado hacia el fin y propósito original.
  - Hay avances significativos en el cumplimiento de los objetivos de los Componentes II y IV;
  - Un menor avance en el Componente I; y,
  - Ningún avance en el Componente III.
- Hay dos factores críticos para cumplir con todos los objetivos del programa:
  - Diseño e implementación de nueva estructura organizacional del MSPAS.
  - Integración total del SIGSA.

PROPUESTAS DE ACTIVIDADES FUTURAS DE MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA PMSS II

Propuestas Componente I

- Focalizar el fortalecimiento del SIGSA
- Agilizar la contratación para la Consultoría que proponga la nueva estructura orgánica del MSPAS y se agilice su puesta en marcha.
- Revisar las políticas existentes y definir una estrategia de Comunicación.
- Para lograr la sostenibilidad del Programa:
  - Acelerar la aprobación de la Agenda Nacional de Salud, para influir en el proceso que “garantice” el financiamiento de las actividades que actualmente financia el préstamo.
  - Integrar en la nueva estructura orgánica las funciones que se ejecutan con el financiamiento del Préstamo.

Propuestas Componente II

- Fortalecer el componente en tres niveles:
  - Con otras instituciones públicas para ir cambiando la cultura de las comunidades y para mejorar la infraestructura existente en las jurisdicciones (Por ejemplo: COCODES, COMUNDES, Min. Educación, MSPAS, FIS)
  - Con las ONG´s
  - Con las comunidades.
- Mayor flexibilidad para tener indicadores diferenciados por Jefatura de Area, para forcalizar en el grupo materno-infantil, pero también responder al perfil epidemiológico.
- Evitar al máximo duplicidad de información.
- Seguir y aumentar el apoyo técnico y financiero a las UAT, como parte de las Jefaturas de Area.
- Iniciar el proceso de institucionalización del SIGSA.

Recomendación del Componente III

- Aunque la alternativa de desobligar el recurso del componente, se recomienda que se continúe la negociación entre el MSPAS – IGSS, pero que se defina un mecanismo externo que contribuya a mejorar la coordinación y verificación de resultados.

Propuestas del Componente IV

- Desarrollo organizacional:
  - Estructurar un plan de capacitación formal en GESTION para los Directores de todos los Hospitales.
  - Unificar los puestos de Coordinación de Calidad y Atención al Usuario en un solo departamento.
  - Fortalecer el Departamento de atención al usuario.
- Definir la brecha entre el POA real y el POA con techo predefinido del 2006, y utilizarla como una estrategia de negociación con el MINFIN, para aumento presupuestario.
- Licitar las nuevas inversiones bajo la modalidad PPP (Private and Public Partnership) que impulsa el BID.
- Iniciar desde ya, el proceso de negociación para los convenios de gestión del 2007, aprovechando la retroalimentación actual.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUNDA ETAPA PMSS II

INFORME DE EVALUACIÓN FINAL

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS ..... **IV**

PRESENTACIÓN ..... **VII**

AGRADECIMIENTOS **1**

1. INTRODUCCIÓN **1**

1.1 ANTECEDENTES 1
1.2 DIAGNÓSTICO Y DISEÑO DEL PROGRAMA 3
1.3 RESULTADOS PROPUESTOS 6
1.4 EJECUCIÓN DEL PROGRAMA 7
1.5 ENFOQUE Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA 11

2. INDICADORES DE DESEMPEÑO **14**

2.1 VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL MARCO LÓGICO 14

3. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL MSPAS **23**

3.1 ENFOQUE Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL COMPONENTE 23
3.2 LOGROS Y RESULTADOS 24
3.3 BALANCE DE RESULTADOS Y VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE DESEMPEÑO 39
3.4 PROBLEMAS Y LIMITACIONES EN LA EJECUCIÓN 41
3.5 ARTICULACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y RESULTADOS 42
3.6 LECCIONES APRENDIDAS 43

4. APOYO A LA EXTENSION DE COBERTURA **44**

4.1 ENFOQUE Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL COMPONENTE 44
4.2 LOGROS Y RESULTADOS DEL SUBCOMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 47
4.3 BALANCE DE RESULTADOS Y VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE DESEMPEÑO 66
4.4 PROBLEMAS Y LIMITACIONES EN LA EJECUCIÓN 69
4.5 ARTICULACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y RESULTADOS 70
4.6 LECCIONES APRENDIDAS Y SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA 71

5. FORTALECIMIENTO DE LA FUNCION ASEGURADORA DEL IGSS 73

5.1 ENFOQUE Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL COMPONENTE 73
5.2 LOGROS Y RESULTADOS 74
5.3 BALANCE DE RESULTADOS Y VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE DESEMPEÑO 97
5.4 ARTICULACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y RESULTADOS 100
5.5 LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES 102

6. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTION HOSPITALARIA 103

6.1 ENFOQUE DEL COMPONENTE 103
6.2 EL PLANTEAMIENTO DE PROHOSPITAL 104
6.3 LA EJECUCION DEL CONTRATO DE CONSULTORA DE CHC 107
6.4 RESULTADOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA GESTION 111
6.2. BALANCE DE RESULTADOS Y VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE DESEMPEÑO 115
6.3. PRINCIPALES LIMITACIONES EN EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROHOSPITAL 117
6.4. SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA 119

7. GESTIÓN DE LA UNIDAD COORDINADORA Y EJECUCION FINANCIERA 121

7.1 DESEMPEÑO DE LA UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA 121
7.2 GESTIÓN DE AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO 122
7.3 LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA 129
7.4 LA EJECUCIÓN FINANCIERA DEL PROGRAMA 130

8. SINTESIS Y CONCLUSIONES 134

8.1 DISEÑO DEL PROGRAMA 134
8.2 EJECUCIÓN Y DESEMPEÑO OPERATIVO 135
8.3 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS 136
8.4 DESAFIOS DEL MSPAS 138

ANEXOS

SIGLAS

AID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AINM-C	Atención Integral de la Mujer en la Comunidad
ANS	Agenda Nacional de Salud
AR	Análisis de Riesgos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CBSS	Conjunto Básico de Servicios de Salud
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CSBS	Conjunto de Servicios Básicos de Salud
CHC	Consorcio Hospitalario de Cataluña
DAI	Departamento de Auditoria Interna
DAM	Departamento de Adquisiciones y de Mantenimiento
DASS	Departamento de Auditoria de Servicios de Salud
EBS	Equipo Básico de Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
GdG	Gobierno de Guatemala
HACyA	Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación de Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MRI	Módulo Rápido de Indicadores
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización No Gubernamental
ONSEC	Oficina Nacional de Servicio Civil
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PMSS I	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Fase I
PMSS II	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Fase II
POA	Plan Operativo Anual
PPMR	Reporte del Monitoreo de la Realización del Proyecto

PROHOSPITAL	Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional
RUAP	Registro Único de Afiliados y Patronos
SECI	Sistema de Evolución de la Capacidad Institucional
SIAFI	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIG	Sistema de Información Gerencial
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SII IGSS	Sistema Integral de Información del IGSS
SIRG	Sistema Integrado de Recaudación y Gestión
UAT	Unidades de Atención Técnica
UCP	Unidad Coordinadora del Programa
UCPYP	Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos
UE	Unidades Ejecutoras
UPS1	Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene la evaluación final del Programa de mejoramiento de los Servicios de Salud Segunda Etapa, el cual fue financiado con recursos de Préstamo 1121-OC-GU.

La evaluación realiza una identificación y valoración de los logros y resultados del Programa en términos del Fortalecimiento institucional del MSPAS, el apoyo a la extensión de cobertura, el fortalecimiento de la función aseguradora del IGSS y el mejoramiento de la gestión hospitalaria. Dada la amplitud de las intervenciones del programa, el ejercicio evaluativo destaca los productos y resultados más destacados de cada uno de sus componentes y su contribución al logro de las metas de desempeño y de los objetivos estratégicos del Programa.

El documento está dividido en ocho capítulos. El primer capítulo presenta en forma general, los Antecedentes para la Conceptualización del Programa, la Estructura, la Organización para su Ejecución, y finaliza con la presentación del Enfoque y Organización de la Evaluación. El segundo capítulo presenta una Evaluación General sobre el Cumplimiento de los Indicadores del Programa. El tercer capítulo corresponde a la Evaluación de las Actividades de Fortalecimiento Institucional del Ministerio. El cuarto describe los Avances y Logros del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud. El quinto incluye los Resultados en términos del Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS. El sexto capítulo descebe los Resultados de la Implementación del Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria en diez hospitales piloto. El séptimo presenta el Comportamiento de la Ejecución Financiera y la Valoración de la Gestión de la Unidad Coordinadora. El capítulo final presenta una Síntesis y las Conclusiones del ejercicio evaluativo y la propuesta de los lineamientos que el MSPAS deberá considera de cara a reforzar y profundizar los logros del PMSS II y los avances en el proceso de reforma del sector.

AGRADECIMIENTOS

El consultor agradece la participación de los equipos técnicos del Ministerio de Salud y al equipo de consultores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por su colaboración en el suministro de información, la preparación del trabajo evaluativo y por la participación de las reuniones de ideintificación y análisis de resultados. Al Dr. Enrique Garcia Chacón, en su calidad de Coordinador de la UCPP, por el apoyo y coordinación en la fase final de preparación del estudio evaluativo. Se agradece al personal de la Unidad Coordinadora del Programa, especialmente al Lic. Ricardo Carballo en el desarrollo de las diferentes actividades de la evaluación Igualmente se expresa el reconocimiento a los funcionarios del BID, especialmente a Nohora Alvarado y Ana Gabriela de León de la Representación del Banco en Guatemala, quienes apoyaron con el suministro de información.

No obstante, las opiniones y el contenido de este informe son de responsabilidad exclusiva del consultor y por lo tanto no comprometen al BID, ni al MSPAS y cualquier error u omisión en el presente documento es exclusiva responsabilidad del consultor.

1. INTRODUCCIÓN

El PMSS II buscó a través de sus cuatro componentes, apoyar los esfuerzos del Gobierno de Guatemala para lograr una mejora medible en el estado de salud de la población pobre de las áreas rurales del país. Para ello el Programa estableció como aspectos fundamentales, dentro de su ejecución, el Mejoramiento de los Servicios de Salud, la Modernización del Sector y la Extensión de Servicios de Salud a estos grupos poblacionales del área rural. Como resultado de las Intervenciones propuestas se esperó que al final de la ejecución, el Sector Salud cuente con: i) un Ministerio de Salud fortalecido en su función Reguladora y Rectora y con la Capacidad Técnica y la Credibilidad Institucional para proteger a la población frente a los más importantes factores de riesgos; ii) el desarrollo de la Capacidad de Adquisición de Servicios de Salud por parte del MSPAS y el IGSS; iii) el Fortalecimiento de los Proveedores Públicos y Privados de Servicios Básicos de Salud; y iv) la Transformación de los Hospitales Públicos en entidades desconcentradas con una Orientación Empresarial y con sus propias Estructuras de Direccionamiento, Gestión, y Financiamiento.

Teniendo en cuenta estos aspectos orientadores, en este capítulo se presenta el Marco de Referencia relacionado con el diseño y la ejecución del PMSS II, el cual sirvió de base para abordar la evaluación detallada de cada componente que se presenta en los capítulos subsiguientes. Al final de este capítulo se describe el enfoque y la metodología de esta evaluación.

1.1 Antecedentes

Entre 1995 y el año 2000 el MSPAS ejecutó el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS I), esta operación fue estructurada como un préstamo de Reforma de Políticas que constaba de tres tramos de US$10, US$5, y US$10 millones a ser desembolsados en un período de tres años[1]. El primer tramo del préstamo se desembolsó en octubre de 1996. El segundo tramo fue desembolsado en diciembre de 1998 y el tercero en agosto de 1999.

Este programa contenía en total 38 condiciones de política y al final de su ejecución, el PMSS I logró concretar la mayoría de los objetivos planteados durante el diseño y cumplir con 37 condiciones. En el marco de este programa, i) se preparó, aprobó y entró en vigencia un nuevo Código de Salud, ii) se aumentó el Gasto en Salud del Gobierno y se re-direccionó, en forma prioritaria, hacia los Servicios Básicos de Salud, iii) se lograron mejoras en la Calidad de la Ejecución Presupuestal del MSPAS, iv) se definió un Paquete Básico de Servicios de Salud, v) se suministró dicho paquete de servicios a través de la contratación de Organismos No

[1] Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, el cual incluía un Programa Sectorial (Préstamo 890/OC-GU) y una Cooperación Técnica Reembolsable (Préstamo 891/OC-GU) por un monto de US13,4 millones,

Gubernamentales, vi) se simplificaron los Procedimientos Presupuestales y (vii) se inició la Reorganización de la Estructura Organizacional del Nivel Central del MSPAS. Con fundamento en los resultados del PMSS I a finales de 1999, se diseñó la segunda etapa del PMSS, con el objetivo de consolidar los resultados positivos y proceder con una subsecuente etapa en el proceso de reforma. Todo ello, en el Marco Institucional y Político creado como consecuencia de los compromisos de los Acuerdos de Paz (1996), la Matriz de Política Social (2000-2004), el Plan Nacional de Salud (2000-2004) y la Estrategia de Reducción a la Pobreza (2002).

De esta forma, el 17 de noviembre de 1999 el Directorio del Banco aprobó el Programa y el 11 de febrero del 2002 el Programa fue declarado elegible para iniciar su Ejecución y la elegibilidad de desembolsos se hizo efectiva a partir del 2 de julio del 2002. Con el cambio de Gobierno en el año 2004, se acordó una prórroga del plazo de Ejecución hasta el segundo semestre del año 2007 y posteriormente se definió como plazo final para el último desembolso el 11 de agosto del 2008.

El PMSS II fue diseñado como la segunda etapa en el Proceso de Reforma y Modernización Institucional del Sector Salud de Guatemala. Después de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, tres Gobiernos sucesivos han dado particular énfasis al aumento en la cobertura de los Servicios Básicos de Salud como base para la introducción de transformaciones institucionales y financieras que aumenten la equidad en el acceso a los Servicios de Salud.

El PMSS II como se muestra en el Cuadro adjunto, el costo del programa se dimensionó en US$66,86 millones de los cuales US$55,44 millones corresponden al financiamiento del Banco y US$11,42 millones a recursos de contrapartida, de estos recursos el 51% estaría dirigido al Programa de Extensión de Cobertura, el 17% a Modernizar la Gestión Hospitalaria y el 20% a Fortalecer la Capacidad del MSPAS y del IGSS.

Cuadro 1

Costos del programa (Miles US$)

[redacted]

1.2 Diagnóstico y diseño del programa

El Diseño del Programa consideró al PMSS II como parte de la Estrategia de Modernización y Reforma del Sector Salud que ha venido adelantando el Gobierno de Guatemala en la última década. Con el PMSS I se logró establecer una direccionalidad y consenso con respecto a los temas centrales de la Reforma, y con el PMSS II se buscó dar continuidad a este esfuerzo con la finalidad de implantar cambios irreversibles en la estructura y el funcionamiento del Sector.

Las condiciones de salud al inicio del Programa

Al inicio de la Ejecución del Programa, Guatemala presentaba una alta tasa de mortalidad infantil alcanzando 45 muertos por cada 1000 nacidos vivos (1998-1999), la desnutrición crónica medida como el retardo en talla en niños menores de cinco años era del 46%, y la tasa de mortalidad materna registraba una de las más altas en la región (19 muertes maternas por cada 10.000 nacimientos).

El país se encontraba y, aun se encuentra, en un estadio temprano de la transición epidemiológica, por lo que las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la desnutrición y otras enfermedades infecciosas, son las principales causas de la mortalidad infantil, y representaban algunas de las principales causas de muerte para todos los grupos de edad, aunque en los últimos años se han realizado esfuerzos importantes para ampliar la cobertura de vacunación en los niños. Los Índices Nacionales de Salud ocultaban llamativas variaciones tanto inter-regionales como inter-étnicas.

A comienzos de la presente década cerca del 40% de la población carecía de acceso regular a los Servicios esenciales de Salud, el MINSA cubría un 30% de la población, el IGSS el 15% y los seguros privados entre un 8% y 12%. La población rural e indígena tenía poco acceso a los Servicios Médicos modernos, y mucho menos acceso a los Servicios de Salud que sus contrapartes urbano-ladino.

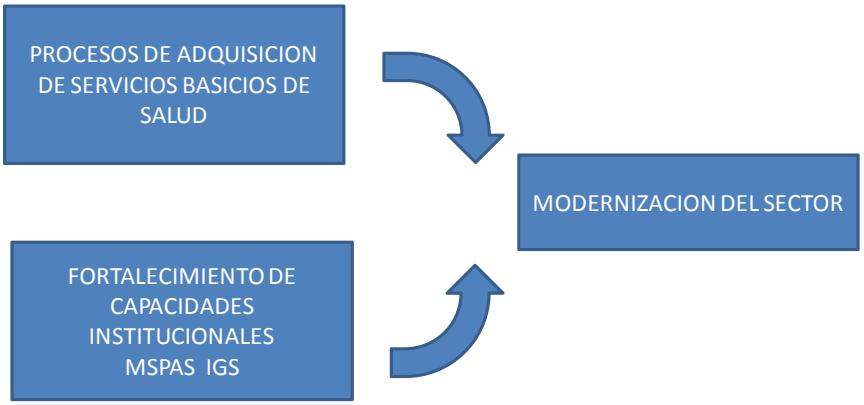
Conceptualización y lógica del Programa

Durante la fase de preparación del PMSS II se evidenció como aspectos claves para la estrategia de reforma[2] que el país había logrado avanzar en una forma importante en el Proceso de Reforma, y había establecido las bases para dar continuidad al Proceso, que los logros más importantes se relacionan con el Programa de Extensión de Cobertura y el crecimiento en los recursos para financiar esta estrategia[3], y que el MSPAS había logrado establecer con el IGSS un escenario de consenso y diálogo de políticas.

Con el propósito de apoyar el Proceso de Reforma del Sector, el PMSS II se fundamentó en apoyar la introducción de cambios para impulsar: i) la especialización de funciones del MSPAS y del IGSS en, Organismos Rector y Asegurador, respectivamente; ii) la descentralización de las funciones operativas desde el MSPAS y el IGSS hacia sus respectivos niveles regionales; iii) la separación del Financiamiento y la Provisión de Servicios; iv) la transformación de los hospitales en entidades públicas desconcentradas, y v) la introducción de esquemas innovativos de financiamiento del Sector Salud, primordialmente a través de la creación de Nuevos Sistemas de Aseguramiento, tanto públicos como privados.

La estrategia del Programa se basó en un enfoque dual: utilizar la adquisición competitiva de Servicios Básicos como elemento dinamizador para la Modernización del Sector y, simultáneamente, Fortalecer las Capacidades Institucionales de las Entidades del Sector para consolidar los avances logrados durante la primera etapa de la Reforma del Sector Salud. Por ello, la mayor parte de los recursos del Programa (51%) estuvieron destinados al aumento en el acceso de poblaciones pobres en el área rural a un Conjunto de Servicios Básicos de Salud.[4]

[2] Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Fase I. Evaluación de medio Término. Informe Final.
El MSPAS logró extender la cobertura de Servicios Básicos de Salud a cerca de 3 millones de habitantes pobres, y entre 1995 y 1997 el presupuesto del Ministerio de Salud en un 32% en términos reales para gastos recurrentes
[4]Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Fase II. Documento de Proyecto,



Objetivos estratégicos

El objetivo final del Programa es mejorar el Estado de Salud de la Población Guatemalteca a través de aumentos en la Cobertura de Servicios Básicos de Salud, Modernización Institucional e Inversiones en Servicios materno-infantiles.

En función de este objetivo general, los objetivos específicos son: i) Fortalecer la Capacidad Institucional del MSPAS para ejercer las funciones de Regulación y Rectoría; ii) Aumentar la Cobertura y la Calidad de los Servicios Básicos de Salud para poblaciones pobres del área rural; iii) Fortalecer el Proceso de Contratación Competitiva en la Adquisición de Servicios de Salud; iv) Modernizar la Gestión Financiera en el manejo de los Riesgos de Salud del IGSS; y v) Aumentar la Productividad y la Calidad de los Servicios de Salud en un conjunto de hospitales del MSPAS.

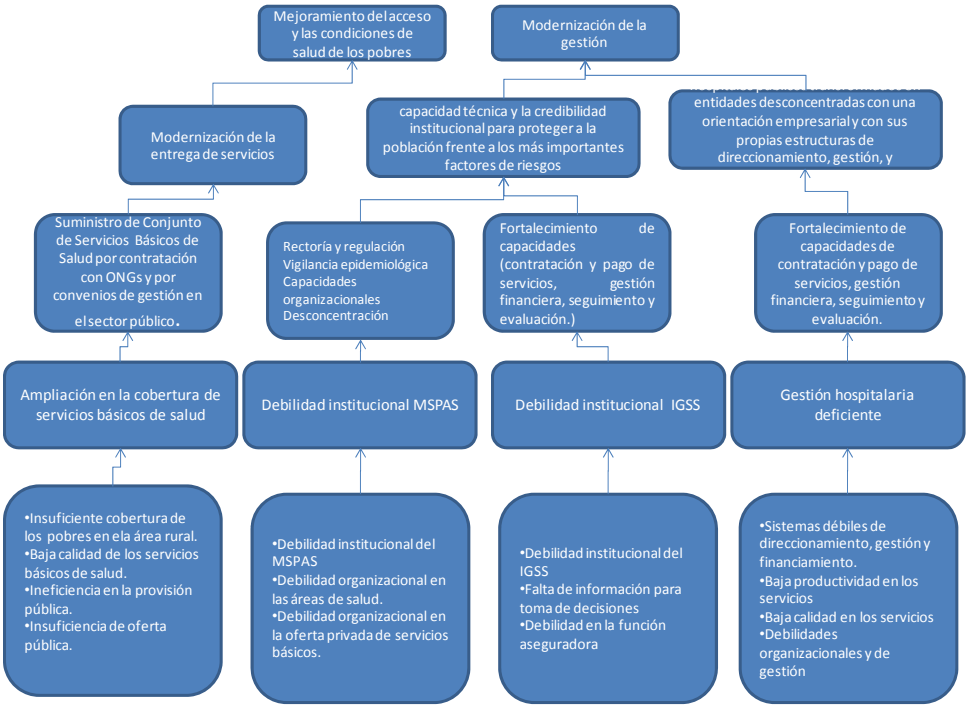
Justificación del Programa

Al inicio del Programa el Sector Salud de Guatemala se caracterizaba por la baja cobertura y la desigual prestación de los Servicios de Salud, el escaso financiamiento para apoyar la extensión de cobertura de servicios a las poblaciones pobres y la ineficiencia en la aplicación de los recursos. En este contexto, el PMSII se justificaba por la prioridad de avanzar en:

Apoyar la Agenda del Gobierno en materia de Reforma y Modernización del Sector Salud
Afianzar y Consolidar los logros del PMSS I
Modernizar la Gestión de los principales actores (MSPAS, IGSS, Hospitales)
Fortalecer el Marco Institucional que asegure la Calidad en los Servicios prestados y establecer mecanismos innovativos y sostenibles para la Prestación de los Servicios
Contribuir a mejorar la debilidad de las estructuras de Direccionamiento y Gestión Hospitalaria y la carencia de relación entre la Asignación de Recursos Financieros y el Desempeño de los Hospitales.

El diseño del Programa se estructuró a partir de los problemas identificados en cuatro áreas básicas: i) Provisión de Servicios Básicos de Salud, ii) Capacidad de Gestión

Institucional del MSPAS para asumir un rol Rector y Regulador, iii) Capacidad del IGSS para desempeñar la Función Aseguradora, y iv) la Capacidad de la Red de Hospitales para apoyar el Proceso de Modernización del Sector. Con base en ellos se definieron las estrategias que garantizaron el cumplimiento de los objetivos de mejorar el Estado de Salud de la población y lograr la Modernización Institucional que diera soporte y viabilidad al Proceso de Reforma del Sector.



1.3 Resultados propuestos

El diseño pretendió resolver los principales problemas de la Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud. Con el arranque de las transformaciones propuestas se esperó que al culminar la ejecución del PMSS II, se contara con: una evidencia de la Mejora en el Estado de Salud de la población en extrema pobreza, el MSPAS fortalecido en su capacidad rectora y con la capacidad técnica y operativa para ejercer las Funciones de Rectoría y de Regulación y de garantizar la protección de la población frente a los factores de riesgo más importantes, el MSPAS con la consolidación de su capacidad como agencia compradora de Servicios de Salud, un mercado de proveedores de Servicios de Salud preparado y fortalecido para garantizar el suministro de Servicios Básicos de Salud, el IGSS modernizado en sus Procesos de Gestión relacionados con el ejercicio de la Función Aseguradora, y los hospitales transformados en entidades públicas con sus estructuras modernas de Direccionamiento, Gestión y Financiamiento.

1.4 Ejecución del Programa

En el diseño del Programa se estableció un periodo de ejecución de 48 meses y un plazo de desembolsos de 54 meses, a partir de febrero del 2002. El programa tuvo establecidas las siguientes fechas importantes en su ejecución:

- Fecha de aprobación el Directorio del BID: 17 Noviembre 1999
- Fecha de firma de contrato: 11 Febrero 2002
- Fecha de vigencia del contrato: 18 Diciembre 20002
- Fecha de elegibilidad para desembolso: 2 Julio 2002
- Fecha primer desembolso: 2 Julio 20002
- Lanzamiento de Programa 15 Agosto 2001
- Fecha original para último desembolso: 11 Agosto 2006
- Fecha vigente para último desembolso: 11 Agosto 2008

Durante la ejecución del PMSS II transitaron dos periodos presidenciales, que se caracterizaron por cambios en los niveles directivos del MSPAS (Ministro, Viceministros y personal clave de Áreas del Ministerio). Sin embargo, a nivel de la estructura que tuvo a su cargo la Administración del Programa, permaneció relativamente estable y solo registra cambios importantes después del año 2006.

A nivel de los componentes se observó que el componente I tuvo dos coordinadores durante toda la ejecución del Programa, el componente II tuvo coordinador a partir del año 2004, en el cual se inició la ejecución de este componente y siempre contó con un responsable de su conducción y administración. Para el caso del componente III, a partir de la suscripción del convenio MSPAS-IGSS y de la preparación del Plan Operativo de este componente, se ha contado con un coordinador y un equipo de apoyo que ha estado al frente de la ejecución de las actividades del componente. Para el caso del componente IV, su administración ha tenido dos coordinadores, se destaca el hecho de que partir del segundo semestre del 2007 la conducción de este componente estuvo a cargo de la Dirección del Programa.

En términos generales, no se evidencian cambios importantes en la administración de las áreas claves del Programa, que hayan tenido un efecto importante en la ejecución. De acuerdo a la opinión de los Coordinadores del Programa, los cambios en los responsables que sirvieron de contraparte y en los equipos técnicos de las unidades del Ministerio, sí afectaron la ejecución de algunas de las actividades, como se analiza en la evaluación de cada uno de los componentes. Como se indica en el cuadro adjunto, los cuadros técnicos del Programa fueron relativamente estables durante la ejecución. Los colores indican la permenencia en el cargo de cada los encargados de la conduccion de cada area del Programa.

Cuadro 2

Duración de los equipos técnicos del PMSS II

[redacted]

Un aspecto que afectó sustancialmente la Ejecución del Programa fue el cumplimiento de las condiciones previas al primer desembolso de los componentes. El cumplimiento de estas condiciones condujo a un trazo significativo en el arranque del Programa. Las condiciones establecidas fueron las siguientes: La condición previa al primer desembolso del Programa era la aprobación por el Banco del Manual Operativo del Programa, que debería incluir los convenios modelos que se utilizarían durante la ejecución de los componentes del Programa. Esta condición se logró cumplir satisfactoriamente y dentro de los plazos establecidos.

La condición previa al primer desembolso del componente II establecía la suscripción del contrato con una firma encargada de las actividades de la auditoría concurrente del Programa de extensión de cobertura. Esta condición no se logró cumplir y el Banco y el MSPAS acordaron en el año 2004 implementar los Sistemas de Monitoreo y Evaluación del Ministerio.

La condición previa al primer desembolso del componente IV establecía la aprobación, por parte del Banco, del Reglamento Operativo del PROHOSPITAL y la firma del contrato con una firma encargada de administración de este Programa. Como se indicó en la parte correspondiente, estas condiciones fueron cumplidas en el año 2002, y en agosto del 2002 se firmó el contrato con la firma responsable del Programa PROHOSPITAL.

Los principales hitos que han marcado la ejecución del Programa son:

En el marco de las misiones de administración del 2001, en febrero del 2002 el Gobierno solicitó al Banco la reformulación del Programa, en lo relacionado con el incremento en el alcance y volumen de actividades del componente de Fortalecimiento Institucional del MSPAS en los aspectos de Vigilancia Epidemiológica para el VIH/SIDA, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, y Fortalecimiento de las Capacidades Técnicas y de Laboratorio para el diagnóstico del VIH/SIDA. Este

cambio no implicaba cambios ni en objetivos ni en los mecanismos de ejecución del Programa. En este sentido, se propuso adicionar al componente I un conjunto de actividades de Salud Reproductiva y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS/VIH/SIDA) destinadas a apoyar las acciones de Fortalecimiento de la Capacidad de Diagnóstico y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y de VIH/SIDA, y que comprende las siguientes acciones: (a) Fortalecimiento de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica; (b) Formación y Capacitación del Recurso Humano para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y de VIH SIDA; (c) Estudios e Investigaciones; (d) Fortalecimiento de la Capacidad de Diagnóstico del VIH SIDA; (e) Fortalecimiento de la Capacidad Instalada de la red de Laboratorios para el Diagnóstico Inmunológico y Serológico del VIH; y (f) Ejecución de Programas de Promoción de la Salud, Comunicación Pública y Comunicación Social para la Prevención de las ETS, y el VIH/SIDA. El costo de estas actividades se estimó en US$2,1 millones. Sin embargo esta reformulación no procedió y quedó planteada a nivel de propuesta.

En septiembre del 2004 se aprobaron tres (3) cambios a las cláusulas contractuales del contrato de préstamo:

Teniendo en cuenta que a junio del 2004 no se había logrado avanzar en la ejecución del componente de extensión de cobertura, debido a que no se había logrado cumplir con las cláusulas relacionadas con la contratación de una firma encargada de la evaluación concurrente, el MSPAS solicitó al Banco que el MSPAS diseñaría e implantaría los Sistemas de Supervisión, Monitoreo y Evaluación tanto técnica como financiera a los Proveedores de Servicios de Salud (ONGs). El Banco aceptó este cambio y a partir de esta fecha, el MSPAS inició las actividades de seguimiento a la estrategia de extensión de cobertura.

El esquema de financiamiento del Programa de extensión de cobertura, establecía que el financiamiento del Banco seria decreciente y con incremento gradual por parte del MSPAS. Debido a que la inversión del Ministerio se realiza bajo un presupuesto global, no era posible distinguir las fuentes de financiamiento, en consecuencia se aprobó que el 100% de los convenios de extensión de cobertura fueran financiados con recursos del Programa sin distinguir fuentes de financiamiento.

Para garantizar la introducción de convenios competitivos, el contrato de préstamo incluyó una cláusula relacionada con el traslado de al menos el 70% de convenios a convenios competitivos. Sin embargo, el MSPAS estableció la aplicación de procedimientos competitivos para el 100% de los convenios, y la transición fue completada en el año 2005. El MSPAS superó la meta propuesta, y la cláusula contractual fue modificada.

En noviembre del 2004, el Banco le aprueba al MSPAS la metodología de selección y evaluación (HACyA), la cual garantiza la aplicación de procedimientos competitivos de adjudicación y establece la aplicación de criterios y procedimientos para la Modernización del Proceso de Adquisición de Servicios de Salud.

En mayo del 2005, en el marco de la misión de revisión de cartera la ejecución del préstamo fue calificada como insatisfactoria debido a que la fecha se había alcanzado

una ejecución del 14%. Con el propósito de dinamizar su ejecución, se adoptaron medidas para agilizar la ejecución del componente II que representa el 51% de los recursos del Programa y del Componente del IGSS, los acuerdos quedaron plasmados en un Plan Operativo.

En junio del 2005, la misión de administración del Banco analizó el estado de avance de los componentes del Programa, e indicó su preocupación por la falta de ejecución del Componente de Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS, y con el equipo del IGSS se acordó la presentación de un plan de acción para garantizar la ejecución de los recursos asignados, y la suscripción de un convenio entre las dos instituciones a fin de establecer las condiciones para la ejecución del componente.

En febrero del 2006, se presentaron los resultados de la evaluación intermedia, la cual encontró que la ejecución general del préstamo se encuentra orientada en la dirección correcta, sin embargo se requiere aumentar el ritmo de la ejecución, así como también focalizar en las acciones más estratégicas, a fin de consolidar los avances, institucionalizar los cambios y así procurar su sostenibilidad después que el periodo del Préstamo se termine. Por tal razón, se identificaron tres áreas críticas en las cuales se deberían centrar los esfuerzos del Programa en el periodo restante de ejecución:

Diseño de un Sistema de Seguimiento para el Programa, que permita sistemáticamente medir el avance de las actividades encaminadas a lograr las metas, los objetivos de desarrollo y el fin del mismo.
Diseño e Implementación de Nueva Estructura Organizacional del MSPAS, tanto en el nivel normativo -planta central-, como en los niveles operativos -tres niveles de atención-.
Integración Total del Sistema de Información -SIGSA-, como base para el Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación, que es la herramienta que permitirá la aplicación del Modelo de Gestión y Atención desconcentrado[5].

En febrero del 2006, se realizó una reunión de revisión del Programa operativo 2006-2007, y se identificaron problemas en la ejecución del Programa relacionados con: i) la ejecución del componente del IGSS debido a la falta de coordinación interinstitucional MSPAS e IGSS, ii) la falta de ONGs capacitadas para la cobertura de los Servicios Básicos de Salud, iii) las deficiencias en el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Programa, y iv) las demoras en los Procesos de Licitación, para lo cual se aprobó la modalidad de revisión expost de los procesos.

En junio del 2006, en la misión de evaluación de la cartera el préstamo se calificó nuevamente con un estado insatisfactorio debido a: i) el atraso en la ejecución de recursos de contrapartida y desbalance en el pari passu contractual, ii) la no ejecución del Componente de Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS, y iii) la no Implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación con los resultados de la línea de base.

[5] Informe Final. Apoyo a la evaluación intermedia del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud -PMSS II-. Febrero 2006.

La misión de evaluación de septiembre del 2006 analizó los avances en la ejecución del Programa y la valoración de los productos y resultados en cada uno de los componentes. Se indicó que el Programa había avanzado en su ejecución a pesar de que la ejecución financiera había alcanzado el 52%, y que de los $10,7 millones de contrapartida local solo se habían logrado ejecutar $2,5 millones. Los principales acuerdos sobre las prioridades para mejorar la ejecución del programa fueron:

En el Componente de Fortalecimiento Institucional del MSPAS, asignar la prioridad a la preparación de la Agenda Nacional de Salud, precisando los contenidos de las prioridades de la Política Nacional de Salud, y a la puesta en operación del Sistema de Información Integral del MSPAS como herramienta para la Evaluación de la Gestión Institucional del Ministerio.

En el Componente de apoyo a la extensión de Cobertura de los Servicios de Salud, continuar con el apoyo de este Programa que ha mostrado importantes avances en la Cobertura de Servicios a las poblaciones pobres y postergadas. Se recomendó iniciar con los proyectos piloto de innovaciones en la extensión de cobertura, y se recomendó que para institucionalizar la estrategia de extensión de cobertura se deberían de institucionalizar las UAT (Unidades de Asistencia Técnica) que colaboran con las Áreas de Salud en el Monitoreo y la Evaluación Concurrentes de los convenios con las ONGs.

En lo relacionado con el Componente de Modernización del IGSS, se apoyará la ejecución del plan de acción que presentó el IGSS, el cual establece las directrices para iniciar la ejecución del componente.

El Componente de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria, priorizará el fortalecimiento de los Convenios de Gestión con los Hospitales y la Formulación de los Planes de Inversión para el Mejoramiento de la Infraestructura y el Equipamiento de los Hospitales Piloto. Así mismo, se indicó la importancia de contar con información que permita evidenciar los efectos del Programa de Modernización en la Eficiencia, Productividad y Gestión de los Hospitales.

La misión de cartera de octubre del 2006 analizó la situación del componente de fortalecimiento del IGSS, el cual inició su ejecución en el segundo semestre del 2006, se acordó apoyar la ejecución del plan de acción presentado por el IGSS, y a partir de esta fecha se conformó un equipo de consultores encargado de la implementación del plan de acción.

1.5 Enfoque y metodología de la evaluación del Programa

Enfoque de la evaluación

La Evaluación Final del Programa tuvo como objetivo central evaluar los principales logros y avances en materia de las transformaciones institucionales orientadas al mejoramiento de la eficiencia, eficacia, calidad, sostenibilidad y equidad en la organización, producción, financiación y regulación de los Servicios de Salud, e

identificar las lecciones aprendidas y plantear recomendaciones para inducir la sostenibilidad de las intervenciones y logros del PMSSII.

En este contexto, el estudio evaluativo se basó en cuatro (4) ejes: (i) la apreciación de los objetivos globales y específicos del PMSS II y su articulación a los objetivos nacionales de reforma; (ii) la identificación y valoración de los productos y resultados y su pertinencia con los objetivos del Programa, (iii) valoración del grado de apropiación del MSPAS de validez de los modelos, diseños y estructuras desarrollados por el Programa, y su incorporación a los procesos de gestión y (iv) la identificación de los factores explicativos de nivel de desarrollo y avance de las diferentes intervenciones.

El informe servirá para establecer sobre una base objetiva los logros en cada uno de los componentes al segundo semestre del 2007, el proceso de ejecución de las actividades y procesos, el grado de participación y apropiación de los ejecutores y la valoración del rumbo y direccionalidad para el logro de sus metas finales.

En términos de los resultados de la evaluación, es importante tener en cuenta que el periodo de evaluación no permite medir impactos en la salud de los beneficiarios, y por otro lado no existe información que permita realizar estas mediciones y además, no se ha levantado un perfil de entrada (línea basal) para facilitar la medición cuantitativa de efectos e impactos.

Los temas claves a analizar en cada uno de los componentes son los siguientes:

Componente 1

Consolidación y Desarrollo de la Nueva Estructura Organizacional a nivel central y descentralizado.
Fortalecimiento de Capacidades Organizacionales clave del MSPAS y Desarrollo de Acciones de Apoyo al MSPAS para cumplir Funciones de Rectoría y Regulación.
Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema de Prevención y Atención de Desastres.
Grado de desconcentración de funciones clave a las Áreas de Salud.

Componente 2

Determinar los resultados en aspectos claves de la estrategia de extensión de cobertura como:
Resultados en términos de Ampliación de la Cobertura.
Grado de Institucionalización de los Procesos de Contratación de la Provisión de Servicios.
Innovaciones en la Contratación de Servicios.
Marco Institucional que asegure la Calidad de los Servicios.
Desarrollo y Consolidación de Mecanismos de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de los Proveedores de Servicios Básicos de Salud.
El grado de participación de las comunidades en la Planificación y Fiscalización de los Servicios.
Mejoramiento y Desarrollo de las Capacidades Organizacionales de los Proveedores.

Componente 3

Mejoras en la Gestión Financiera y de Contratación de Servicios.
Avances en la Operativización del Proyecto del Sistema Integral de Información del MSPAS – IGSS.
Avances del Proceso de Modernización del IGSS y de los Procesos de Contratación de Servicios.
Fortalecimiento de las Funciones de Auditoria.

Componente 4

Introducción de incentivos financieros que vinculen la asignación de recursos al desempeño.
Resultados en el Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.
Implementación de Convenios de Desempeño como mecanismo de relacionamiento entre el MSPAS y los hospitales.

Metodología de evaluación

El estudio evaluativo se basa en los temas identificados para cada componente. Estos establecieron la pauta para las actividades de recolección y de procesamiento de la información.

Durante la evaluación se utilizaron varias técnicas para la obtención de información y procesamiento de datos. Se realizó, primero, una revisión crítica de documentos generados por el PMSS II, los documentos de informes de consultoría, la revisión de la información disponible en los archivos del BID. Se recopilaron estadísticas del MSPAS, específicamente las relacionadas con temas presupuestales y de Gestión Hospitalaria. Para el caso del componente II, se revisó toda la información documental sobre las ONGs prestadoras y administradoras de Servicios Básicos de Salud.

Estas actividades de recolección y procesamiento de información documental y estadística, se complementaron con entrevistas abiertas y semi-estructuradas con informantes claves del MSPAS, del PMSS II y de los hospitales piloto del Programa.

2. INDICADORES DE DESEMPEÑO

Durante la preparación del proyecto se realizó un ejercicio de Marco Lógico con el fin de establecer los indicadores que servirían para el monitoreo en el cumplimiento de sus objetivos y metas. Como se indicó en la evaluación intermedia "" el marco lógico original del Programa no fue elaborado de forma que pueda ser una guía útil para la medición de los avances. Las enmiendas y los cambios que se han realizado hasta el momento, tratan de corregir esta falla, sin embargo, todavía no existe claridad sobre el alcance de la medición del avance en los objetivos de desarrollo".[6]. En este sentido se revisó la Matriz del Marco Lógico y se definieron los indicadores ajustados por componente que se indican en el anexo 1.

2.1 Valoración del cumplimiento de los indicadores del marco lógico

Para el conjunto de los 21 indicadores del Programa la valoración de su cumplimiento indica que 11 de ellos cumplieron las metas establecidas, 7 lograron un cumplimiento parcial, especialmente, porque no lograron un avance completo en la fase de implementación, 1 indicador no se cumplió y 2 no cuentan con información para realizar su medición. Es importante que a nivel de fin no haya indicadores definidos. Esta valoración de los indicadores se complementa con el análisis detallado que se presenta sobre los logros de cada uno de los componentes.

Aparte de los problemas asociados con la definición y pertenecía de los indicadores, un aspecto que no ha permitido realizar una medición precisa de los resultados del Programa es que el Programa no contó con un sistema estructurado de seguimiento del Programa, por lo cual la información disponible es parcial y se encuentra en cada una de las unidades ejecutoras. Asimismo los reportes de avance no permiten establecer la evidencia de los avances y resultados cuantitativos de los resultados.

En el tema de indicadores, marco de resultados y sistema de seguimiento y evaluación, uno de los aspectos importantes a tener en cuanta en el diseño de futuras operaciones, es que previo a la ejecución del Programa se deben establecer en forma clara los aspectos conceptuales y funcionales del Sistema de Monitoreo y Evaluación, de tal forma que el Ministerio, el Gobierno y el Banco puedan contar con información actualizada y confiable sobre los resultados del Programa y con indicadores que sea factible medir y monitorear a lo largo de la ejecución.

[6] PMSS II. Informe de evaluación intermedia pg3

Cuadro 3

Matriz de Marco Lógico

Nivel	Indicador	Descripción	Línea de Base	Meta Alcanzada	Valoración del Cumplimiento				Observaciones
					C	SC	NC	SI	
Propósito	Tasa de Mortalidad materna	Proporción de muertes provocadas por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio. Resulta de dividir el número de muerte maternas ocurridas en un año, entre el número de nacimientos vivos del mismo año, por 1000	1998: 248	Para el 2002 la tasa fue de 153				X	La información disponible para la medición de este indicador. El SIGSA no dispone de información actualizada. Los datos más recientes y comparables corresponden a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI 2002)
Propósito	Tasa de Mortalidad infantil	Proporción de muertes durante el primer año de vida.	1987: 73	Para el 2002 la tasa fue de 39				X	La información disponible para la medición de este indicador. El SIGSA

		Resulta de dividir el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidos vivos del mismo período, por mil.							no dispone de información actualizada. Los datos más recientes y comparables corresponden a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI 2002)
Propósito	Mejoramiento de la producción y eficiencia en siete hospitales piloto del Programa	Aumento en el número de consultas externas para los hospitales de PROHOSPITAL	2002: 173,63	2002: 159,9		X			La huelga médica del 2006 afecto el cumplimiento de este indicador
		Aumento en el porcentaje de ocupación para los hospitales de PROHOSPITAL	2002: 76%	2006: 77%	X				
Componente 1	Reglamento interno actualizado y nueva estructura de puestos y salarios definido y aprobado	Acto administrativo de aprobación y puesta en vigencia de i) reglamento interno, ii) estructura de puestos y salarios del MSPAS	No existe	Acto administrativo aprobado y en vigencia	X				Reglamento aprobado en el 2007
Componente 1	Desarrollo del Departamento de Adquisiciones y mantenimiento	Acto administrativo de aprobación y puesta en vigencia de la estructura organizacional y de	No existe	Acto administrativo aprobado y en vigencia		X			Propuesta de reorganización desarrollada y no implementada en el

		reglamento de la DAM							100%
Componente 1	Diseño y montaje de un sistema de información para el seguimiento de los costos, la producción y la calidad de los servicios de salud que suministren los proveedores públicos y privados que contrate el MSPAS	Reportes del sistema sobre costos, producción e indicadores de desempeño de los proveedores	No existe	Sistema operando	X				Se realizó el diseño e implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes
Componente 1	Elaboración y aprobación del Código de Salud	Acto administrativo de aprobación y puesta en vigencia del Código de Salud	No existe	Acto administrativo aprobado y en vigencia			X		No hay un desarrollo completo del Código de Salud.
Componente 2	Extensión de cobertura de servicios básicos de salud	Número de beneficiarios nuevos incorporados al programa de extensión de cobertura de servicios básicos de salud	2002: 0	En el 2007 se entregaron servicios para 1,3 millones de beneficiarios	X				
Componente	Innovaciones en	Al menos tres proyectos	2002: 0	3		X			Se realizaron tres

2	el suministro de servicios básicos de salud	innovadores en el suministro de servicios básicos de salud han sido seleccionados y apoyados por el programa							proyectos, dos con financiamiento del programa. Pero no cuentan con estudios evaluativos ni evidencia de sus resultados
Componente 3	Inventario de recursos humanos del IGSS terminado	Inventario del Recurso Humano del IGSS levantado	No existe	Inventario terminado	X				Realizado con recursos propios del IGSS
Componente 3	El sistema integral de información diseñado, desarrollado e implantado	Sistema Integral de Información diseñado e implantado con cuatro subsistemas: i) prestaciones en salud; ii) prestaciones pecuniarias; iii) administrativo; y iv) financiero.	2006	Cuatro subsistemas implantados en el área rural y oficinas centrales		X			Sistema de prestaciones de salud implementado en 7 unidades médicas que representan el 80% de los productos del IGSS. Diagnóstico terminado y esta implementado en unidades metropolitanas. Sistema financiero implementado en 5 unidades médicas. Sistema administrativo implementado en 7 unidades médicas.

Componente 3	Modernización financiera diseñada, desarrollada e implementada	Montaje, validación y puesta en operación de 4 proyectos: i)Registro Único de Afiliados y Patronos, RUAP, ii)Planilla electrónica, iii) Sistema Integrado de Recaudación y Gestión y iv) Recarnetizacion	2006	Cuatro proyectos desarrollados y probados		X			Proyectos finalizados 100% en su diseño y en proceso de implementación. Este componente inicio su ejecución en el 2006.
Componente 3	Servicios Contratados optimizados	Reorganización del Departamento de Servicios Contratados	2006	Acto administrativo aprobado y en vigencia	X				Unidad reorganizada. Los ahorros estimados entre el 2006 y el 2007 se estiman en $Q5, 8 millones.
		Manuales de procedimientos para el departamento de servicios contratados aprobados y puestos en vigencia	2006	Acto administrativo aprobado y en vigencia	X				Procesos definidos y gestión de contratación en expansión.
		Aumento en el 25% en el monto de servicios contratados que se realizan bajo nuevos procedimientos aprobados	2005: $Q189,5 Millones	$Q237,5 Millones	X				Los servicios contratados se aumentaron de Q$163,0 millones en el 2005 a $Q227, 2 millones en el 2007.
Componente 3	Organización y modernización de la auditoría general	Reorganización y modernización del departamento de auditoría general	2006	Acto administrativo de aprobación y puesta en vigencia de la nueva estructura		X			Propuesta desarrollada y en proceso de aprobación por parte de la

									administración del IGSS
		Diseño e implantación del seguimiento a indicadores de gestión a las unidades del IGSS	2006	Acto administrativo de aprobación y puesta en vigencia de la utilización de indicadores de gestión en las unidades del IGSS	X				Sistema de indicadores desarrollado e implementado en el sistema de información
Componente 3	Incremento en la recaudación de ingresos	Aumento del 16% en la recaudación efectiva a precios corrientes con respecto la valor del año 2005	2005: $Q2467 Millones	2008:$Q2863 Millones	X				La recaudación de ingreso se incremento de Q$2,2 millones en el 2004 a Q$2,9 en el 2007
Componente 4	El modelo de gestión hospitalaria definido e implementado	Modelo de gestión desarrollado e implantado en 7 hospitales	2002: No existe	Modelo implantado		X			Se realizó la adecuación y transformación de las estructuras organizacionales de los hospitales y el desarrollo de instrumentos para la modernización. Sin embargo no están dadas las condiciones para la sostenibilidad y continuidad del proceso de modernización.

Componente 4	Programa de rehabilitación y equipamiento ejecutada	Porcentaje de ejecución de los Programas de Inversión en rehabilitación y equipamiento de 7 hospitales piloto	2002: 0%	70%	X				Planes de inversión diseñados y procesos de contratación en ejecución. La inversión es de US$5.56 millones

3. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL MSPAS

Este capítulo presenta los resultados de la evaluación del Componente I de acuerdo con la direccionalidad y los aspectos contemplados en el diseño del Programa y a las metas establecidas en el PPMR. Esta sección consta de seis partes. La primera presenta, en forma de resumen, el enfoque y áreas de intervención del Componente. La segunda parte detalla el alcance y los resultados de las intervenciones del Programa, identificando los productos obtenidos en las áreas que conforman los dos subcomponentes. La tercera plantea el análisis de los principales problemas y/o limitaciones en la ejecución. La cuarta parte presenta el balance en términos de la articulación e institucionalización de los productos y resultados del Componente dentro de la estructura del MSPAS. El capítulo concluye con la presentación de las principales lecciones aprendidas y las recomendaciones correspondientes para promover la sostenibilidad de los productos y logros en materia de Fortalecimiento Institucional.

3.1 Enfoque y áreas de intervención del Componente

El Componente tiene como objetivo promover el desarrollo de las capacidades institucionales esenciales para que el MSPAS pueda ejercer los papeles y responsabilidades críticas en materia de Rectoría del Sector Salud, a la Regulación y al Control de los Factores de Riesgo que afectan la salud de las poblaciones. Para el logro de este objetivo, el componente incluyó el siguiente conjunto de intervenciones, estructuradas en dos subcomponentes:

El ***subcomponente 1a*** de Desarrollo Organizacional del MSPAS, que se orientó al desarrollo de los procesos administrativos críticos para la implementación de una nueva Estructura Organizacional y para que pudiera contar con los recursos humanos, los instrumentos de política y las tecnologías necesarias para ponerla en operación tanto a nivel central como descentralizado.

El ***subcomponente 1b*** de Desarrollo de la Capacidad Rectora y de Regulación, que estuvo orientado a ejecutar acciones que le permitieran al MSPAS disponer de las herramientas necesarias para ejercer su rol rector , estas herramientas incluyen: (i) el Reglamento del Código de Salud en aspectos relacionados con la regulación de los mercados de Servicios Médicos y de Fármacos y Alimentos; (ii) el Desarrollo de la Capacidad de Formulación, Seguimiento y Evaluación de Políticas, Planes y Programas en Salud, así como la Capacidad de Planeación Estratégica del MSPAS; (iii) el Reglamento de los Aspectos del Código de Salud relacionados con la Protección de la Población frente a los Riesgos Ambientales; y (iv) el establecimiento de las bases para el desarrollo de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos para la Salud.

3.2 Logros y resultados

En las secciones siguientes se presentan los logros y resultados entre el 2002 y el 2007 agrupados en las áreas de intervención de los dos subcomponentes. Como se ha indicado previamente, este Componente tenía asignado cerca del 14% de los recursos del Programa ($9,2 millones), y un aspecto importante a considerar en la evaluación de los resultados, es que la conducción de este Componente no estuvo a cargo de un equipo de trabajo sino de un Coordinador de Componente que tenía a su cargo las 10 áreas de trabajo definidas en el diseño del Programa. En este sentido el peso de la ejecución descansaba en la gestión de las unidades de línea de MSPAS.

Subcomponente de Desarrollo Organizacional del MSPAS - Desarrollo Organizacional del MSPAS en su nivel central y descentralizado
Después de realizar tres intentos para introducir una propuesta de organización del Ministerio, durante el 2006 y el 2007 el Ministerio contrató los servicios de consultoría para adelantar el proceso de desarrollo organizacional. Como resultado de este trabajo se obtuvieron los siguientes resultados:

Propuesta de organización funcional y estructura organizativa del Nivel Central y de las Áreas de Salud del MSPAS, para el cumplimiento de las funciones de regulación, financiamiento, gestión y provisión de servicios.
Actualización del Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en correspondencia con el Código de Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud.
Definición de la estructura de puestos y salarios, en correspondencia con la organización funcional y estructura organizativa del MSPAS.
Formulación de la propuesta del acuerdo gubernativo que sustituya el 115-99 y el dictamen de la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC) sobre la estructura de puestos y salarios.

Por lo tanto, durante el 2006 y el 2007 se formuló la propuesta de reorganización del Ministerio, la cual quedó establecida en un Acuerdo Gubernativo que establece el "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social", el cual determinó la estructura orgánica, las funciones y los mecanismos de coordinación entre las diferentes dependencias del MSPAS. Esta propuesta se realizó mediante un ejercicio de análisis y consenso con todas las unidades del Ministerio a nivel central y descentralizado. El aspecto crítico para la implementación de esta propuesta consistió en que coincidió con el periodo final de Gobierno y no estaba garantizada su implementación.

Con el fin de sentar las bases para la implementación de esta estructura se adelantó la preparación y presentación a la ONSEC y a la Dirección Técnica de Presupuesto la nueva estructura de puestos y cargos que contempla la nueva estructura organizacional. A diciembre del 2007, se contaba con un 85% de avance en la homologación de la estructura de puestos y cargos.

En el nivel descentralizado, el Programa apoyó el diseño e inicio de la implementación del Modelo de Gestión de las Áreas de Salud, aunque el modelo no está funcionando

en forma completa y en todas las áreas de salud. Los aportes del Programa en este tema fueron los siguientes:

Definición de la Estructura Organizacional a nivel de las Áreas de Salud
Definición del Modelo de Gestión y su socialización en 16 áreas
Implementación del Modelo y la estructura de cargos en las regiones de Alta Verapaz, San Marcos, Izabal Escuintla y Quiché
Creación de la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos

Mediante el Acuerdo Ministerial SP-M-2358 de Agosto de 2005, se creó la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos (UCPYP) como una dependencia adscrita al Despacho Ministerial, que tiene como función principal la coordinación de los aspectos administrativos y financieros de los proyectos financiados con fondos externos, y particularmente organizar la planeación, desarrollo y evaluación de los diferentes Proyectos y Programas. Esta unidad actúa como una instancia de coordinación y de facilitación de los procesos, para que las unidades de línea del MSPAS asuman la conducción técnica y operativa de las actividades de los diferentes programas. Esta Unidad se ha venido institucionalizando en forma progresiva, y las administraciones del Ministerio le han dado el apoyo y reconocimiento para que pueda ejercer su rol de Coordinación y Conducción de los programas a su cargo.

Apoyo al desarrollo del SIAS

El componente de Fortalecimiento Institucional durante la ejecución del Programa contribuyó al desarrollo de propuestas y al desarrollo de acciones de fortalecimiento de la unidad de provisión de servicios del segundo nivel, las acciones realizadas fueron las siguientes:

Fortalecimiento de la Dirección del SIAS en lo relacionado con el apoyo en la Implantación del Nuevo Modelo de Gestión para el segundo nivel de atención
Impulso a la institucionalización de los convenios de gestión nivel central-áreas de salud, al 2007 el 100% de las Áreas de Salud tienen suscritos convenios con el nivel central
Desarrollo de un plan de asistencia técnica y acompañamiento a las Áreas de Salud en los temas relacionados con la Implantación del Nuevo Modelo de Gestión del segundo nivel de atención.
Apoyo en la puesta en funcionamiento del Sistema de Monitoreo de la Calidad en las Áreas de Salud
Fortalecimiento de la Dirección del SIAS mediante el desarrollo de instrumentos para el desarrollo de los procesos de planificación, supervisión, monitoreo y evaluación de la provisión de servicios.

Los principales instrumentos desarrollados con el apoyo del Programa fueron:

Levantamiento de la línea basal para 44 hospitales
Implantación del monitoreo bimensual al desempeño de los hospitales
Estimación de los requerimientos de medicamentos y equipamiento médico al 2007
Implementación y análisis de la sala situacional en los hospitales

Diseño del manual de funciones del departamento de farmacia
Apoyo a la reorganización de los hospitales en el marco del Programa PROHOSPITAL

Desarrollo Institucional del Área de Recursos Humanos

El Programa realizó una contribución al desarrollo del Área de Recursos Humanos con tres acciones puntuales: i) la formulación del plan estratégico del área, ii) el levantamiento de un censo de personal y iii) la sistematización de procesos claves de personal.

Con respecto al Plan Estratégico el Programa apoyó la formulación de este plan que contiene los lineamientos de política, los objetivos y las acciones para fortalecer al Área de Recursos Humanos del Ministerio.

En lo relacionado con el Censo de Recursos Humanos[7], desde el 2004 se adelantó el "Proyecto de Actualización de la Información de Funcionarios del MSPAS" y la información levantada se utilizó para poner en funcionamiento el Sistema Nacional de Información de Funcionarios y Empleados del MSPAS. La base de datos levantada tiene información de los 23.258 personas que laboran para el Ministerio, las bases de datos cuentan con la información clasificada y completa del recurso humano del Ministerio en los siguientes niveles: i) nivel central, ii) 44 hospitales, iii) 26 áreas de salud, iv) centros de salud, v) puestos de salud, y vi) 13 escuelas formadoras de recurso humano. El censo incluyó al personal permanente (18423 personas), al personal por contrato (3814 personas) y al personal de planilla (1021 personas). Este censo de personal ha servido para dotar al Ministerio y especialmente a la Dirección de Recursos Humanos, de una herramienta que le permita conocer la distribución y las características del recursos humano y para apoyar la toma de decisiones en aspectos relacionados con la planificación y distribución del recurso humano.

En cuanto a la Sistematización de Procesos, el Programa apoyó la sistematización de los procesos claves en el Área de Recursos Humanos. Los procesos desarrollados fueron: Reclutamiento, Selección, Administración y Formación y Capacitación. Estos procesos fueron levantados bajo un esquema de consenso con los encargados de los servicios, las Direcciones de Área y de Hospitales. Al finalizar el 2007 estos procesos habían sido implementados a nivel de las Áreas de Salud y los Hospitales.

Fortalecimiento del Sistema Logístico

La Unidad de Logística del MSPAS desempeña un papel central en el funcionamiento del sector, y con el fin de apoyar su reorganización y de fortalecer su capacidad operativa, el programa realizó las siguientes acciones:

Integración del Sistema Logístico con las diferentes dependencias del Ministerio

[7] Dirección General de Recursos Humanos en salud. Censo de Funcionarios y empleados del MSPAS. Guatemala, 2006.

Levantamiento del Inventario Nacional de Medicamentos y Anticonceptivos en las 29 Áreas de Salud
Contratación de 29 consultores de apoyo para el manejo del Sistema Logístico de Medicamentos y Anticonceptivos en las 29 Áreas de Salud.
Capacitación de 35 encargados del Área de Contabilidad de las ONG del Programa de Extensión de Cobertura en temas relacionados con el manejo del sistema logístico de medicamentos y anticonceptivos.
Implementación del monitoreo mensual de los balances de requisición y envió de las 29 Áreas de Salud

Fortalecimiento del Área de Auditoría Externa

Teniendo en cuenta que una de las áreas de mayor debilidad dentro del Ministerio es la relacionada con el Control, el Programa realizó algunas acciones encaminadas a fortalecer la capacidad técnica de esta unidad. Las acciones consistieron en el apoyo a la realización de 9 auditorías financieras, 4 auditorías a centros y puestos de salud y 11 auditorías especiales. Estas auditorías no generaron mayor impacto y sus hallazgos fueron limitados debido a que tuvieron un enfoque eminentemente preventivo. Al respecto es importante acotar que esta unidad no ha logrado desarrollar instrumentos para fortalecer la capacidad de control de gestión del Ministerio, este desarrollo implica un trabajo conjunto entre las aéreas administrativo-financieras y las aéreas técnicas.

Fortalecimiento del Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento

Desde el punto de vista del diseño de la operación se esperaba que el Programa trabajara en el desarrollo organizacional del Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM), mediante el desarrollo de Normas y Procedimientos para las Compras y Adquisiciones, y la introducción de innovaciones en los Sistemas de Pago a los Proveedores de Servicios de Salud. Este es un aspecto fundamental porque el diseño apuntaba a que la DAM se convirtiera en la Unidad de Compra de Servicios de Salud. El Programa apoyó al desarrollo de esta unidad sin considerar su conversión hacia la administración de los procesos de compra de servicios.

Para apoyar el fortalecimiento de esta unidad, el Programa financió una consultoría para favorecer el desarrollo del DAM[8] . Esta consultoría tuvo como objetivo apoyar el desarrollo organizacional de esta unidad con la finalidad de optimizar la ejecución, seguimiento y control de los procesos específicos de adquisiciones. Los productos desarrollados por la consultoría fueron:

- Elaboración de la Propuesta de Organización y Funciones del Departamento de Adquisiciones.
- Elaboración de la Propuesta de Organización y Funciones del Departamento de Compras de las Unidades Ejecutoras.

[8] MBA Elnkauf. Latinoamérica SA. Presentación de propuesta de solución.

- Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos para la Adquisición de Bienes y Servicios.
- Apoyo al Análisis y Diseño del Sistema de Información sobre Ejecución y Control de Procesos de Adquisición.
- Apoyo al Programa de Capacitación en el tema de adquisiciones.
- Asistencia Técnica para los Procesos de Adquisiciones y Contrataciones del MSPAS.
- Asistencia Técnica para los Procesos de Contrataciones de Insumos de uso Recurrente del MSPAS.
- Seguimiento a la Ejecución del Plan de Adquisiciones e Inversiones del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Fase II (PMSSII).
- Taller de Capacitación al Personal del Departamento de Adquisiciones.

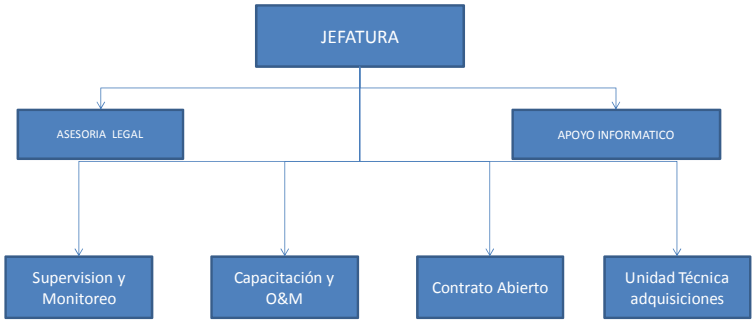
Los productos finales de la consultoría fueron entregados al MSPAS en su totalidad durante el primer trimestre del 2007. Con base en ellos, el Ministerio a través de la Gerencia General Administrativa y Financiera, formuló un Plan de Acción para su implementación que será enviado al Banco para efectos de su seguimiento. Este seguimiento estuvo a cargo de la Unidad Coordinadora del PMSS II. En opinión el consultor y con base en las entrevistas y la información disponible en el DAM, la implementación de procesos y la modernización de esta unidad no alcanzó el resultado esperado.

Los resultados de esta consultoría, en opinión del consultor, contienen los aspectos esenciales requeridos para una reorganización del DAM. Sin embargo, estos resultados han sido implementados parcialmente, debido a las siguientes razones:

La ausencia de un esquema de acompañamiento para la implementación del proceso de reorganización del DAM. Todos los desarrollos quedaron a nivel de diseño.
Falta de voluntad política de los niveles directivos del MSPAS y de iniciativa en los niveles operativos del DAM para implementar las propuestas
Falta de recurso humano con capacidad y experiencia para implementar la reorganización y la puesta en operación de las normas y procedimientos definidos.

Como resultado de las acciones de apoyo del programa del DAM entre el 2004 y el 2007 se registran como logros, el inicio de la descentralización de los procesos de adquisiciones a nivel nacional[9], la implementación de la normativa de modalidades de compra (DAM 2007), la implementación del Plan Anual de Adquisiciones como herramienta de planificación, y la reorganización del Departamento de acuerdo con la siguientes estructura:

[9] Normativa DAM 2006



Adicionalmente, el programa apoyó las siguientes acciones complementarias:

Establecimiento de las especificaciones del contrato abierto de dispositivos médicos
Desarrollo de las especificaciones farmacológicas de medicamentos para el esquema de contrato abierto
Incorporación del MSPAS al Sistema Guatecompras
Desarrollo e integración de los Subsistemas de Financiamiento, Suministros Estadísticas de Salud, Producción de Servicios y Recursos Humanos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA)

En el tema de Sistemas de Información el MSPAS desde hace varios años ha adelantado actividades encaminadas a estructurar el SIGSA[10], como la herramienta que permita fortalecer su capacidad de gestión y de administración del sector. A pesar de los avances los diferentes sistemas continúan fragmentados sin una integración funcional, en el MSPAS existen sistemas paralelos que no han logrado ser sustituidos por el SIGSA.

Durante el periodo 2005-2007 los avances de este componente fueron:

Compra de computadores personales para el Nivel central, la totalidad de Hospitales, Áreas de Salud y Distritos de Salud, para hacer un total de 479 unidades.
Asistencia técnica para el diagnóstico del SIGSA (Nivel Central, Áreas de Salud, Hospitales y Distritos de Salud)
Contratación del diseño del software para la integración de los subsistemas de información de la producción de servicios (con base en lugar poblado y código INE)

Este es uno de los temas en los que no se evidencia una contribución efectiva del programa en la puesta en operación de un Sistema Integral de Información.

Desarrollo e implementación del Sistema de Administración Financiera SIAFI

El PMSS II apoyó el desarrollo e implementación del Sistema Integrado Administrativo Financiero –SIAFI- del Ministerio, dado que el MSPAS definió como una de sus

[10] El SIGSA comenzó a desarrollarse en la primera etapa del PMSS;

prioridades la modernización de su Sistema de Gestión Administrativa Financiera, el cual incluyó dentro del componente de Fortalecimiento Institucional. La puesta en operación del SIAFI formó parte de la estrategia de implementación de la nueva estructura organizacional para las Unidades Ejecutoras, y en este sentido es parte integral del proceso de Modernización y Fortalecimiento del MSPAS.

El SIAFI constituye un instrumento de apoyo para la gestión administrativa y financiera de las Unidades Ejecutoras. EL SIAFI busca normar las funciones y estandarizar los procedimientos de las áreas administrativas y financieras de las Unidades Ejecutoras del MSPAS, que están interrelacionadas con el registro y ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos. Con la puesta en operación del SIAFI se buscó la implementación de una nueva estructura organizacional y la reestructuración de los procesos administrativos y financieros de las unidades ejecutoras del MSPAS, para mejorar la gestión con un claro enfoque de desagregación de funciones y de estandarización de procedimientos. El sistema incorpora las herramientas necesarias para medir y evaluar las condiciones de eficiencia, eficacia y economía de la gestión, así como la incorporación de elementos que permitan el control, transparencia y responsabilidad de los actos y de la gestión de los funcionarios y empleados públicos.
La implementación del SIAFI se ejecutó en tres fases:

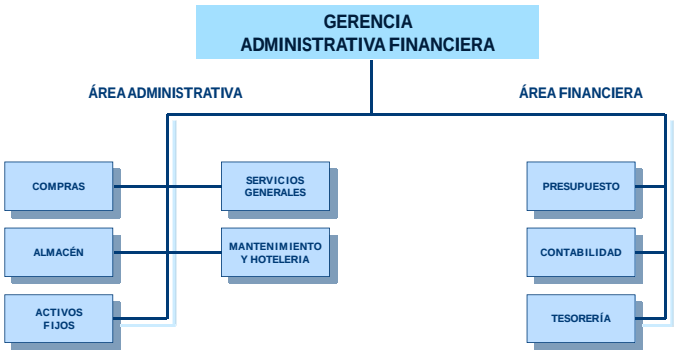
Fase I: Consistió en la elaboración del Manual del Sistema Integrado Administrativo Financiero (SIAFI) para las Unidades Ejecutoras del MSPAS y se adelantó entre agosto y diciembre de 2004.

Fase II: Consistió en la validación, aprobación y socialización del Manual SIAFI y se desarrollo entre el 2005 y el 2006.

Fase III: Se adelantó en el 2007 y correspondió al seguimiento de la implementación del SIAFI en las Unidades Ejecutoras del MSPAS. Asimismo, se brinda el apoyo en las áreas normativa, financiera administrativa y de informática.

A nivel de las unidades ejecutoras la implementación del SIAFI ha sido enfocada en dos etapas: La primera, consistió en efectuar una capacitación al personal de las Áreas Administrativas Financieras de las Unidades Ejecutoras, así como a la Unidad de Supervisión Hospitalaria y al Departamento Financiero del MSPAS. La segunda etapa, consistió en la verificación de la implementación de las normas y procesos SIAFI en cada Unidad Ejecutora por medio de las visitas del equipo de consultores del Proyecto SIAFI; y adicionalmente, contar con la supervisión y apoyo del personal del Departamento Financiero del MSPAS para lograr los objetivos del Sistema.

Para la operación del Sistema se planteó la siguiente estructura operativa a nivel de las Áreas Ejecutoras:



Como resultado de la aprobación de los Manuales SIAFI, a través de los Acuerdos Ministeriales 2598 y 2599 del 10 de julio de 2006, y dando cumplimiento a los objetivos del SIAFI, se programó un Curso Taller sobre los "Manuales SIAFI" orientado a la capacitación de funcionarios y empleados de las Unidades Ejecutoras del MSPAS, a efecto de dar inicio a la implementación dentro de dichas unidades. El Curso Taller se programó para las 83 Unidades Ejecutoras del MSPAS distribuidas en los 22 Departamentos, y clasificadas en 3 regiones (Central, Nororiente y Occidente). De cada Unidad Ejecutora participaron los Gerentes Administrativos Financieros y Jefes de los Departamentos de Compras, Almacén, Presupuesto, Contabilidad y Tesorería; adicionalmente, se invitó también al personal de la Unidad de Supervisión Hospitalaria. En los 3 eventos regionales del Curso Taller se contó con la participación de 529 personas, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

Relación de personas capacitadas por el proyecto SIAFI

REGIÓN	GERENTES	COMPRAS	ALMACÉN	PRESUPUESTO	CONTABILIDAD	TESORERÍA	TOTAL
CENTRAL	39[11]	37	36	36	36	36	**220**
NORORIENTE	23	24	23	23	26	26	**145**
OCCIDENTE	24	29	31	25	27	28	**164**
TOTAL	**86**	**90**	**90**	**84**	**89**	**90**	**529**

Fuente: SIAFI

Este recurso humano ha sido el responsable de adelantar la implementación del SIAFI a nivel de las unidades ejecutoras.

Los principales logros del proyecto SIAFI han sido los siguientes:

[11] Incluye la participación de 5 supervisores financieros de la unidad de supervisión hospitalaria.

Definición del marco conceptual del SIAFI como base para establecer la nueva estructura organizacional del Área administrativo-financiera de las Unidades Ejecutoras
Estructuración de normas, procesos y formatos, para la desagregación funcional y la estandarización de los procesos administrativo financieros
Aprobación de los Manuales SIAFI cuya aplicación es de carácter obligatorio para 82 unidades ejecutoras[12]
Desarrollo del Programa de Capacitación en la administración y operación del sistema
Organización de 35 visitas de supervisión para acompañar el proceso de implementación del sistema en las unidades ejecutoras
Desarrollo informático y mantenimiento del software de Fondos Rotatorios para integrar la rendición de cuentas entre el MSPAS y el Ministerio de Finanzas Publicas.
Creación de la biblioteca digital SIAFI con las Leyes, documentos y material de apoyo para la operación del SIAFI.

Desarrollo e Implementación de la Metodología de Presupuestación por Resultados y Productos

Desde el año 2006 el MSPAS con el apoyo del Programa adelantó la implementación del Sistema de Presupuestación por Productos y Resultados que incluye una metodología para la asignación de los recursos de las diferentes unidades ejecutoras en función de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados. Este sistema establece un cambio importante en el Sistema de Programación de Recursos y establece un criterio más objetivo para la programación.

Diseño y montaje de un Sistema de Información para el seguimiento de los costos, la producción y la calidad de los Servicios de Salud

El objetivo al incluir este tema dentro del diseño del Programa era el de apoyar el desarrollo de la estrategia de extensión de cobertura mediante la implantación de un sistema que generara información actualizada y confiable sobre el desempeño de los proveedores públicos y privados que contrate el MSPAS. En lo relacionado con los costos no se registro ningún avance, en lo relacionado con la producción y la calidad, como se analizará en el componente 2 el MSPAS diseñó y puso en operación un Sistema de Seguimiento y Monitoreo al desempeño de los proveedores.

Fortalecimiento e Integración de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de Atención y Prevención de Desastres

Con el fin de administrar los principales factores de riesgo y atendiendo a la debilidad del MSPAS en esta área se incluyeron actividades encaminadas al desarrollo de estos sistemas. Los principales avances y logros del Programa en esta área fueron:

Organización y Funcionamiento del Centro Nacional de Epidemiología

[12] 43 hospitales, 29 áreas de salud, y 10 dependencias técnico normativas

Organización de un Plan de Capacitación con la Universidad Rafael Landivar para los epidemiólogos de las Áreas de Salud. A diciembre del 2007 habían sido entrenados 29 profesionales, y 33 se encontraban adelantando los estudios. Estos 52 profesionales pertenecen a las Áreas de Salud y a los niveles locales.
Organización de un Programa de Capacitación a nivel de Maestría en Salud Pública, con énfasis en gerencia y epidemiologia para 23 personas.

Un aspecto que merece destacarse en los programas de capacitación fue el proceso utilizado para seleccionar los participantes. Este proceso aseguró la escogencia de los recursos con la mayor capacidad de aportar sus conocimientos y el aprendizaje adquirido en las actividades de análisis y formulación de planes y toma de decisiones a nivel regional y local.

Otras acciones complementarias para el fortalecimiento de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, fueron:

Conformación de bases de datos para el registro de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades trasmitidas por alimentos.
Desarrollo de protocolos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias
Revisión y actualización e protocolos de enfermedades inmuno prevenibles y trasmisibles
Normativa de vigilancia de sitios centinela

Desarrollo de un Plan de Seguimiento y Evaluación de Programas Prioritarios de Salud

El Programa apoyó a través de asistencia técnica, a los programas de salud reproductiva, medicina trasnfusional, salud y ambiente, y el programa de accesibilidad de medicamentos.

El programa de Seguridad Alimentaria Nutricional del Ministerio de Salud, PROSAN, recibió apoyo del PMSS II en los siguientes temas:

Desarrollo del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Este plan esta formulado para cumplir con los objetivos de i) Asegurar la disponibilidad de alimentos, a través de un equilibrio razonable entre la producción nacional y la importación ii) Promover y priorizar las acciones tendientes a mejorar el acceso a los alimentos iii) Implementar un marco regulatorio, institucional y operativo para los programas de la ayuda alimentaria, incluyendo situaciones de emergencia iv) Establecer políticas y mecanismos de coordinación entre las instituciones nacionales e internacionales involucrados en la temática para la ejecución coherente y coordinada de los programas de SAN.

Para ello el Plan establece los siguientes ejes estratégicos: Disponibilidad, Acceso, Consumo, Utilización Biológica, Tratamiento de la Desnutrición, Sistema de Información, Monitoreo y Alerta de la INSAN, Fortalecimiento Institucional, Asignación de Recursos y Cooperación Internacional, Desarrollo del Plan Nacional de Seguridad

Alimentaria y Nutricional[13]. Este plan esta formulado para cumplir con los siguientes objetivos:

Desarrollo e implementación de los protocolos de manejo hospitalario de pacientes con desnutrición aguda

Formulación de los lineamientos para la suplementación con micronutrientes

Revisión y actualización de las guías alimentarias para menores de cinco años. Estas guías han sido operativizadas en el programa de extensión de cobertura a través de las ONG.

Desarrollo del manual de madres consejeras

Implementación de la estrategia de comunicación basada en la comunidad

Desarrollo de la guía operativa para la vigilancia nutricional y monitoreo del crecimiento físico en menores de cinco años. Esta gua se implemento, a nivel piloto en le Chiquimula, dentro del marco de la estrategia AIN C.

El programa apoyó al Programa Nacional de Salud Reproductiva en los siguientes temas:

Formulación del Plan Nacional de Salud Reproductiva
Desarrollo de las guías de prestación de servicios de planificación familiar
Desarrollo de los instrumentos de evaluación del desempeño de atención materno neonatal en los niveles I y II
Desarrollo e implementación de la metodología de capacitación de comadronas a nivel nacional con cerca de 12500 comadronas capacitadas durante la ejecución del Programa.
Desarrollo e implementación del Plan Nacional de cáncer de Cerviz.

Estas acciones de apoyo al Programa Nacional de Salud Reproductiva se encuentran actualmente operando en los servicios tanto a nivel central como a nivel local.

El Programa de Medicina Trasfusional realizó con el apoyo del PMSS II el desarrollo de los siguientes productos:

Elaboración del Plan de Medicina Trasfusional
Revisión y aprobación de Protocolos de Vigilancia Centinela (VICITS) y Coinfeccion TBC / VIH
Implementación del Sistema de Vigilancia Centinela (VICITS)
Desarrollo e Implementación de las Guías de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de Bancos de Sangre. [14]

[13] MSPAS. Implementación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Junio 2007
[14] Plan estratégico de Información, Educación y Comunicación Donación voluntaria de sangre. Guatemala, 2006

Guía para la Habilitación de Bancos de Sangre[15]
Desarrollo del Plan de Información, Educación y Comunicación para Donación de Sangre.
Desarrollo e implementación de la guía práctica de costos para Bancos de Sangre.
Desarrollo de la guía para el cálculo de necesidades de bancos de sangre y hemocomponentes.
Desarrollo de la metodología de capacitación del personal profesional en la estimación de la demanda y los costos en Bancos de Sangre.
Desarrollo de la guía de identificación de donador de bajo riesgo.

A nivel de todos los Programas Prioritarios de Salud que ejecuta el Ministerio, el PMSS II apoyó en las siguientes actividades complementarias: i) la actualización de las Normas de Atención del Segundo Nivel de Atención ii) el diseño metodológico e implementación del proceso de capacitación en normas de atención a través del diplomado en normas de atención que capacitó 2122 personas iii) Desarrollo de los Manuales de Organización y Funciones del Departamento de Salud y Ambiente y de Epidemiologia y iv) Desarrollo de los perfiles de cargos para los Departamentos de Salud y Ambiente y de Epidemiologia.

Desarrollo, implementación y evaluación de una estrategia de comunicación para promover consensos y acuerdos en materia de la Reforma de la Salud.

La estructura del PMSS II incluye varios temas fundamentales para la reforma del sector como la transformación del MSPAS, el desarrollo de la capacidad aseguradora del IGSS, la Modernización Hospitalaria y la utilización de proveedores privados para impulsar la extensión de cobertura. Por esta razón, la inclusión de actividades orientadas a poner en funcionamiento una estrategia para comunicar a los diferentes actores del sistema los avances en materia de la reforma resultaba en un factor clave para difundir e institucionalizar los cambios. De acuerdo con las entrevistas realizadas, la implementación de una estrategia de comunicación no logró consolidarse debido a la falta de personal técnico especializado en temas de comunicación en salud y a la ausencia de un plan definido para el abordaje de la estrategia de comunicación en materia de reforma sectorial. En opinión del consultor, el PMSS II no tuvo una propuesta para que el MSPAS ejecutara un plan estructurado de comunicación.

Con el apoyo del Programa se financiaron actividades puntuales como la actualización de la página Web del Ministerio y la contratación de personal de apoyo a la Unidad de Comunicación Social.

Subcomponente de Desarrollo de la Capacidad Rectora y de Regulación

Como se indicó anteriormente, este subcomponente tenía a su cargo el desarrollo de las herramientas y los instrumentos operativos que le permitieran al MSPAS ejercer un rol rector y regulador. Los principales avances que logró el Ministerio en este subcomponente son los siguientes:

[15] Guía para la habilitación y declaración jurada para Bancos de Sangre. Guatemala, 2006

Reglamentación del Código de Salud

El objetivo principal de esta actividad era desarrollar el marco normativo en los aspectos relacionados con la regulación de los mercados de Servicios Médicos y de Fármacos y Alimentos. Debido a la transcendencia y la sensibilidad de estos temas no se registraron avances debido a que no existió "voluntad política" de las administraciones para avanzar en este tema.

En el tema que sí se evidencian avances es en la reglamentación de los aspectos del Código de Salud relacionados con la Protección de la Población frente a los Riesgos Ambientales. Teniendo en cuenta que el artículo 244 del Decreto Ley 90-97 (Código de Salud) establece que el MSPAS emitirá los reglamentos de acuerdo a lo dispuesto en el Código. Para avanzar en esta dirección el MSPAS realizó tres acciones importantes como base para definir una plataforma que facilitara el desarrollo normativo. Estas acciones fueron: i) Realizar la actualización y reglamentación de las disposiciones relacionadas con los riesgos ambientales del Código de Salud y/o la Ley General de Salud en consenso con las diferentes instancias relacionadas con los temas ambientales, ii) Desarrollo de programas de educación y promoción en aspectos de riesgos ambientales dirigidos a los diferentes actores y iii) Suscripción de convenios de cooperación con organismos e instituciones responsables en los temas ambientales.

El conjunto normativo que el Ministerio obtuvo con el apoyo del PMSSS II fue el siguiente:

Reglamento de normas sanitarias para los servicios de abastecimiento de agua para consumo humano (Enviado a la Secretaria de la Presidencia para su aprobación).
Reglamento de normas sanitarias para la construcción de obras para la eliminación y tratamiento y disposición de excretas y aguas residuales (Enviado a la Secretaria de la Presidencia para su aprobación).
Reglamento de normas sanitarias para la gestión integral de desechos sólidos comunes (Enviado a la Secretaria de la Presidencia para su aprobación).
Reglamento de normas sanitarias para la gestión de desechos líquidos hospitalarios (Enviado a la Secretaria de la Presidencia para su aprobación).
Reglamento de normas sanitarias para los métodos de purificación de agua para consumo humano (Reglamento socializado, validado y en estudio en el Departamento Jurídico del MSPAS).
Reglamento de Cementerios humanos (Reglamento socializado, validado y en estudio en el Departamento Jurídico del MSPAS).
Reglamento de urbanizaciones y lotificacines humanos (Reglamento socializado y validado).
Reglamento de aguas recreacionales (Reglamento socializado y validado).
Reglamento de modificación de los términos de la Feria Nacional de Salud ambiental
Reglamento de conformación del Equipo Interinstitucional para la elaboración de Reglamento de las radiaciones no Ionizantes
Reglamento de las descargas de aguas residuales y de la disposición de lodos[16]

[16] Acuerdo Gubernativo 236 2006

Uno de los resultados más importantes de este marco normativo es la definición de los procedimientos y criterios para el manejo de los desechos hospitalarios y residuos bioinfecciosos, es un elemento característico de los procesos operacionales de los servicios de salud. Con el apoyo del Programa el MSPAS dispone de un marco regulatorio que define los mecanismos e instrumentos de gestión para el manejo de desechos sólidos hospitalarios y residuos bioinfecciosos. Este marco está conformado por las siguientes disposiciones:

Artículo 106 del decreto 9097 (Código de Salud)
Acuerdo Gubernativo 509 /2001
Acuerdo Ministerial SP M 2220-2003[17]
Acuerdo Ministerial SP M 2221-2003[18]
Acuerdo Ministerial SP M 2232-2003[19]

Como parte del Programa de fortalecimiento de la gestión los hospitales, se ha contemplado la elaboración de planes de manejo de desechos hospitalarios en los cuales se incluirán las etapas de i) separación y embalaje, ii) almacenamiento de cada unidad de generación, iii) recolección y transporte intrahospitalario, iv) recolección y transporte extrahospitalario, v) tratamiento y vi) disposición final. Asimismo, de conformidad con el artículo 12 de Acuerdo 509, los hospitales deberán constituir una organización responsable del manejo de los desechos hospitalarios, la cual corresponde al Comité de Nosocomiales, conformado por el director del Hospital, el epidemiólogo del Área de Salud y del hospital y un representante del personal médico y para médico de los diferentes niveles de atención.

Desarrollo de la Capacidad de Formulación, Seguimiento y Evaluación de Políticas, Planes y Programas en Salud

En lo relacionado con el desarrollo de esta capacidad el Programa apoyó la formulación de la Agenda Nacional de Salud (ANS)[20] que define la dirección que el sector salud debe asumir para el logro de los objetivos sectoriales. El Plan tiene una visión de largo plazo que cubre el periodo 2007-2020.

El proceso de preparación y consulta de la ANS implicó el involucramiento de los técnicos del MSPAS y consultores en la preparación de un documento base, sometido a revisión en ocho talleres con funcionarios administrativos, directores de programas, áreas de salud y hospitales, gerentes, jefes de distrito. Una versión con ajustes fue

[17] Normativo de procedimiento para la certificación de aprobación de los planes de manejo de los desechos sólidos hospitalarios y registro de los entes generadores
[18] Normativo de procedimiento para la calificación, acreditación y registro de profesionales en le manejo de los desechos sólidos hospitalarios
[19] Normativo de procedimiento para ejecutar la vigilancia del cumplimiento del reglamento de manejo de los desechos sólidos hospitalarios
[20] MSPAS. Agenda Nacional de Salud. Análisis de situación de Salud y lineamientos estratégicos 2007-2020. Guatemala, 2007.

presentada a entidades de conducción técnica o política, como la Comisión de Salud del Congreso, el Gabinete Social, agencias de cooperación y otras.

En el año 2006 se organizaron doce foros regionales de consulta con actores intra y extra sectoriales. Con anticipación a los foros fueron enviados mil ejemplares del documento base a instituciones públicas, privadas, ONG, autoridades municipales y departamentales. Como resultado de estas consultas fueron obtenidas 817 propuestas, agrupadas en una primera clasificación, por objetivo estratégico y función, y en la segunda por región. Con base en las iniciativas y recomendaciones se estructuró el documento de la agenda que establece los siguientes objetivos estratégicos:

Desarrollar un Sistema Nacional de Salud en el cual se ejerzan de manera efectiva las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios de salud en el que los actores del sector estén alineados en un acuerdo inicial promovido por el ente rector.
Desarrollar un marco institucional coordinado para el financiamiento de la salud, con el fin de mejorar la protección social y financiera de las familias, así como la efectividad y equidad en el uso de recursos dentro del Sistema de Salud, que establezca los mecanismos de asignación, que procure el incremento de los recursos financieros para inversión en salud, considerando que Guatemala es el país que menor asignación per cápita tiene en el área Centroamericana.
Reorientar el modelo de atención hacia la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la prestación de servicios efectivos y satisfactorios para la recuperación y rehabilitación de la salud.
Desarrollar el recurso humano en salud para que responda, en disponibilidad, competencias e identidad cultural, a las necesidades de salud y su distribución territorial, a las orientaciones del modelo de atención y a las regulaciones e incentivos del sistema de salud.
Organizar un sistema de gestión territorial de la salud que dé respuesta específica a las necesidades de los habitantes y sea coordinado por las formas participativas del gobierno local.
Fundamentar la planificación, la ejecución y la evaluación de las intervenciones para promover y proteger la salud en espacios y mecanismos de participación y auditoría social.

El ejercicio de formulación del la ANS tuvo varias implicaciones positivas para el MSPAS, dentro de las cuales se destacan:

Diseñar una estrategia que trasciende a un periodo de gobierno y que se convierte en un reto de estado con el propósito de que el país logre los mayores beneficios posibles en salud.
Definir una estrategia que trasciende la esfera institucional y que contiene la visión de cómo resolver la problemática sanitaria del país.
La implementación de mecanismos para asegurar la incorporación de todos los actores relevantes del sector social y específicamente los del sector salud.
Establecer las bases para el Desarrollo de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos para la Salud.

Con relación a este las acciones del programa fueron limitadas, se desarrollaron cuatro actividades puntuales:

Equipamiento del Laboratorio Nacional
Estudio de identificación de los factores de riesgo de salud desagregado a nivel departamental
Organización de la ventanilla única de registro de medicamentos y alimentos
Implementación del sistema de monitoreo de establecimientos farmacéuticos. Este sistema fue institucionalizado y se encuentra en operación, este sistema ha facilitado las actividades de vigilancia y de supervisión a estos entes.

3.3 Balance de resultados y valoración del cumplimiento de las metas de desempeño

Como resultado final de la ejecución del componente se esperaba el MSPAS con un desarrollo de sus capacidades institucionales esenciales para ejercer la conducción de sus funciones en materia de Rectoría del Sector Salud, a la Regulación y al Control de los Factores de Riesgo que afectan la salud de la población.

El término del cumplimiento de este objetivo final se puede afirmar que este se cumplió parcialmente y el componente muestra resultados combinados. Por una parte se evidencian avances y resultados positivos en la reorganización del Ministerio, en la implementación del SIAFI, en la elaboración de la Agenda Nacional de Salud, en la implementación de un Sistema de Presupuestación por resultados. Por otra, se evidencian escasos logros en materia de control interno, la modernización de los procesos de adquisiciones y de compra de Servicios de Salud, la puesta en funcionamiento de un Sistema Integrado de Información y en la implementación de mecanismos para el ejercicio de las funciones del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de factores de riesgo y del Sistema de Vigilancia de desastres.

Con la ejecución del Programa se sentaron las bases para el fortalecimiento del Ministerio, pero no se logró poner en funcionamiento la estructura técnica para garantizar el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación desde el nivel central y su operativización en los niveles subnacionales.

En el tema del desarrollo organizacional del Ministerio y de las Áreas de Salud, se concretó una propuesta de reorganización del MSPAS, que tuvo como aspecto destacado la conducción y liderazgo por parte del nivel gerencial del Ministerio, sin embargo este proceso se inició en el 2007 y coincidió con la finalización del periodo de Gobierno, por lo cual no estaba garantizada su implementación.

En lo relacionado con el fortalecimiento de la capacidad de Inspección, Vigilancia y Control tanto para el nivel central como para el nivel de las Áreas de Salud, los resultados no evidencian que las Áreas de Salud cuentan con la capacidad técnica y operativa para asumir estas funciones. Se realizó un esfuerzo en el desarrollo normativo de algunos temas puntuales, sin un desarrollo del componente de procesos y procedimientos para hacer viable que las Áreas de Salud asumieran la operativización de estas funciones.

En lo relacionado con el cumplimiento de las metas de desempeño para este componente que se definen en el PPMR, se observó que de las 6 metas definidas, 3 lograron un cumplimiento satisfactorio, 2 un cumplimiento parcial y 1 sin cumplimiento.

Cuadro 5

Valoración del cumplimiento de las metas de desempeño del Componente

META	NIVEL DE CUMPLIMIENTO			
	Satisfactorio	Parcial	Ninguno	Observaciones
Reglamento Interno actualizado y nueva estructura de puestos, definida y aprobada.	X			Reglamento aprobado en el 2007.
Sistema Nacional de Epidemiología fortalecido		X		Se elaboró e implementó la propuesta organizacional del Centro Nacional de Epidemiología en el 2006. No se desarrollaron procesos no procedimientos.
Integración de los Subsistemas de Información del Ministerio			x	Se realizó la compra de equipos y estudios diagnósticos sin avances en la operación del SIGSA
Las 26 áreas de salud con un nuevo Modelo de Gestión definido, aprobado e implementado con el Recurso Humano incorporado y con el equipo de informática adquirido.		X		Cinco áreas de salud con el nuevo modelo de gestión implementado durante el año 2005) 4 áreas de salud en el 2006 y 5 en el 2007. Se logró la implementación en el 50% del total de áreas de salud.
Las 26 áreas de salud con un Sistema de Monitoreo, Supervisión y Evaluación funcionando en los tres Niveles de Atención	X			Las 26 áreas de salud cuentan con un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de los tres nivel de atención
Las unidades ejecutoras (por lo menos 7 hospitales piloto y 13 de las 26 áreas de salud) con compromisos de gestión firmados e implementados.	X			Durante el año 2006 y 2007 las 29 áreas de salud firmaron los respectivos compromisos de gestión y los 44 hospitales. Se realizó el seguimiento a su cumplimiento.

3.4 Problemas y limitaciones en la ejecución

Los principales problemas en la ejecución del componente tienen que ver con el diseño y con la ejecución. Desde el punto de vista del diseño las intervenciones contempladas incluían los problemas centrales y medulares del Ministerio a nivel central y en las Áreas de Salud, pero al incluir todas las debilidades como temas de intervención del Programa, su diseño de hizo complejo y requería desde el punto de vista de su ejecución, una organización, un alto grado de coordinacion y un enfoque específico. En cuanto a la organización era necesario definir un equipo técnico, desde la UCP, que estuviera a cargo de la planificación y e implementación de los desarrollo de los dos subcomponentes y no descansar el peso de la ejecución en los equipos técnicos del MSPAS, los cuales no estaban preparados para asumir la ejecución del Programa. En cuanto a la implementación, era necesario formular una estrategia y un plan integrado para este componente de tal forma que se asegurara la integración y consistencia entre las actividades de los dos subcomponentes y en cuanto a la implementacion era latamente recomendable mantener una adecuada interrelacion con los otros tres componentes.

Aunque el Programa contribuyó en forma efectiva con el reforzamiento de personal a nivel central y de las Áreas de Salud, con el apoyo técnico en el desarrollo de temas específicos y con la capacitación del recurso humano, los resultados indicaron que al final de la ejecución no se logró concretar el desarrollo de las capacidades del Ministerio para ejercer la conducción de sus funciones en materia de Rectoría, Regulación y al Control del sector.

Teniendo en cuenta que varias de las debilidades indicadas, fueron reconocidas en la Evaluacion de Medio Término del Programa, para solventarlas se plantearon advertencias que no fueron implementadas de acuerdo a las recomendaciones indicadas[21]. En el cuadro siguiente se indica el grado de implementación que alcanzaron estas iniciativas y recomendaciones.

Cuadro 6

Grado de cumplimiento de las recomendaciones de la Evaluacion de Medio Termino

Propuesta	Descripción	Grado de implementación
Reformular los objetivos a los cuales se orienta el componente, así como las metas o productos	Definir un esquema que refleje integralmente las acciones que se desarrollan para institucionalizar el nuevo modelo de gestión desconcentrado	No se realizó
Definir la nueva estructura organizacional del MSPAS	Contratación de una consultoría externa para poder tener una	Consultoría contratada

[21] [21] Informe Final. Apoyo a la evaluación intermedia del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud -PMSS II-. Febrero 2006.

	propuesta de Estructura Organizacional, que pueda ser consensuada este año y cuya implementación completa se realice durante el año 2007	
Fortalecer el SIGSA	Estructurar un sistema integral de información que sirva de plataforma sobre la cual se integren todos los demás módulos de gestión -SIAF y SIAFI, recursos humanos, compras, etc.-, como los módulos de atención en los tres niveles -censo, producción en la atención preventiva y curativa, registros médicos, etc.-	El sistema no logró desarrollarse bajo el enfoque indicado
Implementación de una Estrategia de Comunicación.	Formular y operativizar una estrategia de comunicación orientada a: i) acompañar los procesos de educación y capacitación de los usuarios; ii) informar al personal interno correctamente de los cambios y sus significados; y iii) dar a conocer los resultados y concienciar a la población que los cambios positivos deben mantenerse	No se diseñó ni implementó la estrategia de comunicación
Garantizar la sostenibilidad financiera del Programa	Garantizar la sostenibilidad del programa de extensión de cobertura y de PROHOSPITAL	Este tema será analizado en la evaluación de los respectivos componentes.

3.5 Articulación e institucionalización de los productos y resultados

La ejecución de este componente se constituyó en un reto para el Programa en la medida en que exigía una coordinación y articulación con las diferentes dependencias del Ministerio. En opinión del consultor, las coordinaciones que tuvieron a su cargo la conducción del componente entendieron este reto y lograron organizar en cada una de las unidades equipos funcionales de trabajo que tuvieron a su cargo el desarrollo de las actividades del componente. Sin embargo, era conveniente contar con un direccionamiento que estableciera las directrices y realizara el seguimiento al rumbo general del componente.

Un aspecto importante a considerar es que en el desarrollo de los diferentes productos del componente las unidades del MSPAS tuvieron una participación en su desarrollo, y desde este punto de vista se puede afirma que el grado de articulación e institucionalización de este componente fue aceptable. Este escenario de operación del Programa, es una fortaleza que debió ser aprovechada para definir un mayor alcance de los resultados del Programa y para lograr poner en operación el desarrollo organizacional del Ministerio.

3.6 Lecciones Aprendidas

Como resultado de la valoración de los avances de este componente las principales lecciones aprendidas son las siguientes:

La preparación de los POAs no fue un elemento suficiente para garantizar la articulación e integración de los diferentes temas del componente, era conveniente la formulación de una estrategia completa y comprehensiva que sirviera de marco orientador de la ejecución.

La implementación de sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer a través de criterios objetivos los avances en la ejecución, es un mecanismo necesario para garantizar el cumplimiento de sus metas y objetivos.

Teniendo en cuenta la estructura y las capacidades del recurso humano responsable de la implementación del Programa y como se indicó anteriormente dada la complejidad del componente en la diversidad y profundidad de los cambios propuestos, desde el punto de vista de la ejecución en el desarrollo de este componente era recomendable contar con un equipo técnico de apoyo que cumpliera con la función de "Inteligencia y Estrategia" del componente y que desde allí se gestionara la planificación integral de las actividades definidas en el diseño.

4. APOYO A LA EXTENSION DE COBERTURA

Este capítulo presenta los resultados de la evaluación del Componente de apoyo a la extensión de cobertura de servicios básicos de salud. Siguiendo el marco analítico presentado en Capítulo anterior, el capitulo se estructura en seis partes. La primera presenta el enfoque y los lineamientos de diseño del Componente, destacando sus objetivos y resultados esperados. En la segunda sección se presentas los resultados alcanzados en los subcomponentes, teniendo en cuenta los factores contextuales que han afectado su implementación y que fueron presentados anteriormente. La tercera sección presenta un balance de los resultados y la valoración del cumplimiento de las metas de desempeño, la cuarta sección identifica los principales problemas durante la ejecución y la quinta sección incluye la valoración del grado de articulación del Componente con las instancias de línea de MSPAS, y quinta concluye con las principales lecciones aprendidas y el análisis de la sostenibilidad del Programa de Extensión de Cobertura

4.1 Enfoque y áreas de intervención del Componente

Este componente tiene asignado el 51% de los recursos del Programa y es el eje fundamental del mismo, desde el punto de vista de sus implicaciones en la extensión de la cobertura y en la consolidación de un modelo de entrega de servicios a las poblaciones pobres. La extensión de cobertura es una continuación del esfuerzo que el Gobierno viene adelantando desde 1997 para llevar servicios de salud al 46% dela población que antes de 1996 no tenia acceso físico a las instalaciones de la red del MSPAS.

Este componente se formuló teniendo en cuenta los siguientes objetivos: i) complementar los esfuerzos del Gobierno para extender la cobertura de Servicios Básicos de Salud a poblaciones pobres del área rural; ii) modernizar el Proceso de Adquisiciones de Servicios de Salud, pasando progresivamente hacia procedimientos competitivos;(iii) promover el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas en el Suministro (tanto público y como privado) de Servicios Básicos de Salud y iv) fortalecer la capacidad del MSPAS para Monitorear y Evaluar el Programa de Extensión de Coberturas.

Los resultados más importantes que se esperaban con la ejecución de este componente son, en primer lugar, el de garantizar con la dinámica del proceso de ampliación en la cobertura de Servicios Básicos de Salud sin reducir las coberturas vigentes ni el nivel actual de gasto público en salud básica y en segundo lugar, el de garantizar una implementación del Proceso de Contratación de Servicios a través de

un esquema que sea progresivamente más institucionalizado, de tal forma que el MSPAS interiorice dentro de sus procesos de gestión esta modalidad de Provisión de Servicios y en tercer lugar, implantar un Marco Institucional que asegura el Monitoreo y Evaluación a la Calidad de los Servicios y al Desempeño de los Proveedores. Este conjunto de resultados, en el largo plazo se traduce en la modernización de la función de compra de servicios, en el mejoramiento de la calidad y por ende de la salud de los guatemaltecos pobres.

Este componente se estructuró en tres subcomponentes:

El subcomponente 2a de Financiamiento de Servicios Básicos de Salud busca extender la cobertura hasta alcanzar una población cubierta de 4,6 millones de personas a través del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) a través del financiamiento del Conjunto de Servicios Básicos de Salud hasta para 500 mil beneficiarios nuevos.

Las metas anuales de cobertura para nuevos beneficiarios y el esquema de financiamiento planteado en el diseño eran:

Cuadro 7

Metas de cobertura propuestas

Variable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Número de Beneficiarios (Miles)	250	300	400	500
Financiamiento BID	100%	75%	50%	25%
Financiamiento GdG	0%	25%	50%	75%

El subcomponente 2b de Modernización de la Adquisición de Servicios Básicos de Salud tiene como finalidad introducir procedimientos competitivos no restrictivos en la Adquisición de Servicios Básicos de Salud con los diferentes proveedores (públicos y ONGs) y convertir como mínimo el 70% de los convenios vigentes en el 2002 hacia convenios competitivos. Las metas de transición a convenios competitivos que este subcomponente logrará en tres departamentos son: (i) 10% de los convenios en el año 1; (ii) 15% adicional en el año 2; (iii) 20% adicional en el año 3; y (iv) 25% adicional en el año 4.

El subcomponente 2c consiste en la introducción de Innovaciones en el Suministro de Servicios Básicos de Salud mediante el Diseño, Ejecución y Evaluación de Proyectos Piloto que contengan innovaciones destinadas a incrementar la eficiencia y la efectividad en el suministro de Servicios Básicos de Salud por parte de proveedores públicos y privados. Los proyectos identificados fueron los siguientes:

Plan Piloto de Redes de Proveedores de Servicios Básicos de Salud para promover innovaciones organizacionales que aumenten la eficiencia y efectividad de los proveedores de servicios de salud en los niveles locales a través de la integración de funciones administrativas y de la coordinación interorganizacional de la atención a los usuarios.

Programa de comunicación educativa en salud para el Diseño, Operación y Evaluación de un Programa de Comunicación Educativa en Salud para cerca de 350.000 personas en zonas rurales e indígenas beneficiarias del SIAS. El programa será diseñado para complementar la entrega de las atenciones del CSBS y utilizará avances recientes en materia de Educación en Salud para generar hábitos de autocuidado en el hogar.

Fomento de Innovaciones de Servicios Básicos de Salud a poblaciones indígenas para estimular aquellas organizaciones cuyas contribuciones a la Gestión y Suministro de Servicios Básicos de Salud, demuestren prácticas de excelencia y lecciones valiosas para la entrega de servicios a poblaciones indígenas.

Como parte de la operación del componente y como una condición contractual se estableció que el MSPAS contrataría una firma encargada de la evaluación concurrente que tendría como funciones:

- La verificación del cumplimiento de las normas y procedimientos para la compra de servicios con las ONG,
- La verificación del cumplimiento de las metas de cobertura, calidad y financiamiento del componente, y
- La verificación de la provisión efectiva de servicios a los beneficiarios

Como se indicó anteriormente esta firma no se contrató y se acordó con el Banco que el MSPAS establecería un Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación Técnica y Financiera de las organizaciones que prestan servicios de extensión de cobertura, basada en un sistema diseñado e implementado por el MSPAS, debido a los problemas originados en la preparación y aprobación de los términos de referencia y en la demora en la contratación de la firma, pues el concurso fue declarado desierto en el 2002 debido a imprecisiones y ambigüedades en los documentos de la licitación.

Es importante aclarar que este tipo de contratación era un mecanismo novedoso para el MSPAS en el cual no existía ningún tipo de experiencia previa en su contratación. Ante esta situación en Ministerio acordó con el Banco en el segundo semestre del 2004 el diseño e implementación de un Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrente basado en los desarrollos del MSPAS. En este sentido, la ejecución formal de las actividades de este componente se inicia en el 2005[22], aunque el Programa de extensión de cobertura se continuó financiando con Fondos de Gobierno, durante el periodo 2002-2004.

4.2 Logros y Resultados del Subcomponente de Financiamiento de Servicios Básicos de Salud

Debido a la demora en el inicio en la ejecución de este componente, las actividades programadas en la preparación del proyecto no fueron ejecutadas de acuerdo al diseño, el MSPAS definió una estrategia orientada a cumplir con los objetivos básicos del componente, tales como las metas de cobertura y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación. Por lo tanto, la estructura de ejecución no se realizó considerando una separación funcional de los tres subcomponentes. En consecuencia la evaluación que se presenta a continuación contiene los logros y resultados en las áreas estratégicas del componente.

Programa de extensión de cobertura basado en la contratación de proveedores privados

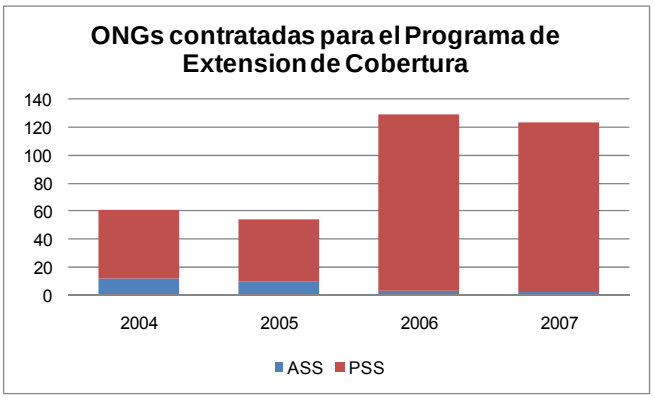
Para el desarrollo del programa de extensión de cobertura en la entrega del Conjunto Básico de Servicios de Salud (CSBS), el Ministerio gestiona convenios con Organismos No Gubernamentales –ONG-, las cuales brindan estos servicios a través de personal contratado y voluntario de las comunidades atendidas. Estas ONG son organizaciones civiles, generalmente sin fines de lucro, legalmente constituidas y que entre sus funciones está la provisión de servicios de salud y estas se contratan bajo la modalidad de Administradoras (ASS) o de Prestadoras (PSS).

Las ONG se eligen bajo un proceso de selección abierto y competitivo. Una vez completo el proceso, las ONG firman un documento en donde se comprometen a entregar el CSBS a cerca de 10,000 habitantes de cada jurisdicción definida por cada

[22] En la ayuda memoria de la Misión de Cartera del BID se indica que el 30 de junio del 2005 se iniciaron las actividades de capacitación de las ONGs contratadas.

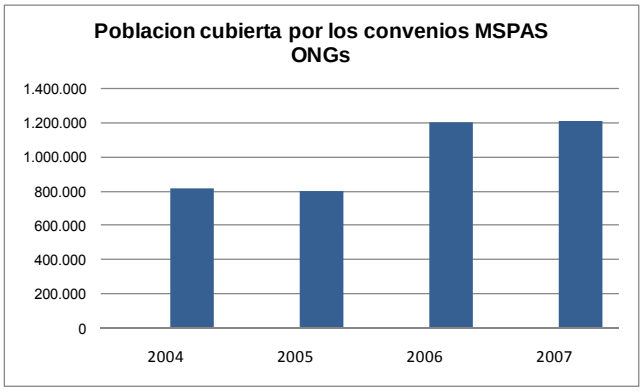
Área de Salud, las cuales son agrupadas en sectores de 30 familias, y que son atendidas a través un médico o enfermera(o) ambulatoria(o), facilitadores(as) institucionales, educadoras en salud y nutrición, facilitadores(as) comunitarios(as), madres consejeras y vigilantes comunitarios(as). Así mismo, el Programa diseñó e implementó el sistema de información que es la base para realizar las acciones de, supervisión, monitoreo, y evaluación a las ONG. Para las labores de coordinación las ONG contratan coordinadores técnicos y para las tareas administrativas, se contratan asistentes de información y contadores. Con base en los informes de producción de servicios y ejecución presupuestaria, las ONG reciben un desembolso trimestral.

En cumplimiento del Programa de Extensión de Cobertura entre el 2004 y el 2008 el MSPAS ha suscrito 368 convenios con ONGS de las cuales 341 (93%) han sido PSS y 27 (7%) se han desempeñado con ASS. La grafica que muestra el comportamiento en la contratación de ONG indica cómo en los años 2006 y 2007 se concentra la mayor actividad de este componente.



Las 85 ONG que tenían 124 convenios suscritos con el Ministerio a Diciembre del 2007, ofrecieron el CSBS en 26 áreas de salud a cerca de 4.1 millones de personas del área rural, que viven en 8596 comunidades y que con anterioridad al programa, no tenían cobertura de los servicios de salud públicos, mejorando los índices de salud relacionados con tasas de mortalidad infantil, materna y general. Además, en los lugares poblados que cubre el Programa de Extensión de Cobertura tiene un censo poblacional actualizado.

En cuanto a la población cubierta, de acuerdo con las cifras del MSPAS, entre el 2004 y el 2008 s e incrementó la cobertura, a través de convenios para 393.000 personas nuevas que fueron incorporadas al Programa. Entre el 2005 y el 2006 la cobertura creció en un 40% y entre el 2006 y el 2007 se aumentó solo en el 1%



Para la entrega del CBSS el MSPAS estimó un costo anual entre los Q. 56 a Q. 80 por persona cubierta, los resultados de la contratación entre el 2004 y el 2007 indican que el Ministerio ha realizado una inversión total de Q$204 millones que equivalen a cerca de us$26,6 millones. De acuerdo con la información disponible el costo promedio de cada beneficiario por año fue de Q$51 entre el 2004 y esta valor aumento de Q $23,3 en el 2004 a Q$60,83 en el 2007.

Cuadro 8

Costos del Programa de Extensión de Cobertura

Año	Costo de los Convenios (Millones$)	Valor Anual por persona cubierta ($Q)
2004	19,1	23,3
2005	37,8	47,0
2006	73,8	61,7
2007	73,6	60,8
Total	204,3	50,7

Fuente: MSPAS

La cobertura a nivel territorial muestra que 4 departamentos concentraron el 50% de la población y los recursos del Programa, estos son Huehuetenango, Chiquimula, El Quiché y San Marcos, la información desagregada por departamentos se indica en el cuadro siguiente:

Cuadro 9

Cobertura departamental del Programa de Extensión de Cobertura

[redacted]

Desarrollo de mecanismos de contratación de proveedores privados

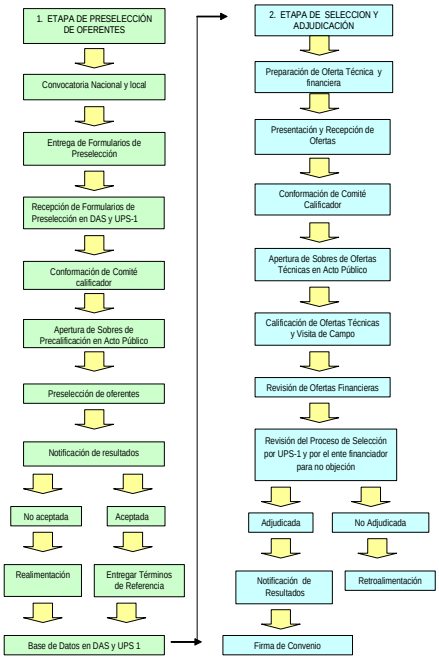
Desde el año 2005, el Programa de Extensión de Cobertura ha diseñado y puesto en funcionamiento un procedimiento normado y estandarizado de para la selección de proveedores de salud. Este proceso tiene las siguientes características[23]:

- Incluyente: Cubre el ámbito nacional y todas las organizaciones de la sociedad civil legalmente constituidas pueden participar.
- Igualitario: Ofrece a los oferentes las mismas condiciones y oportunidades en el concurso.
- Descentralizado: La selección de proveedores es responsabilidad del Comité calificador integrado por la Dirección de Área de Salud -DAS-, el Distrito Municipal de Salud -DMS- y observadores externos.
- Transparente: Involucra actores de la sociedad civil y/o representantes de la cooperación externa que dan fe y documentan los procedimientos realizados.
- Objetivo: Se basa en procedimientos preestablecidos y criterios ponderables cuantitativa y cualitativamente.
- Sencillo: Sus etapas y procedimientos son de fácil comprensión y realización.
- Sistemático: Se realiza por etapas, tiene procedimientos y criterios preestablecidos que se aplican permanentemente y permite el seguimiento de las acciones.

[23] MSPAS. Un Ejemplo Exitoso De Cooperación Entre El Sector Público Y La Sociedad Civil

- Permanente: Los oferentes interesados pueden presentar formulario de preselección durante todo el año; y,
- Perfectible: Permite el continuo fortalecimiento ó mejoramiento en la actualización y adecuación con base en la experiencia.

El proceso está dividido en dos etapas: preselección y selección y adjudicación, en el cual participan las diferentes instancias del MSPAS. Debido a que este proceso se realiza desde hace varios años se ha logrado un manejo más ágil y eficiente de los procesos y un grado de manejo del Ministerio de estos procesos. Es importante anotar que estos procesos no son gestionados por la DAM sino por la Unidad de Apoyo Técnico del Programa de Extensión de Cobertura. Este proceso y la normativa de selección de proveedores de los SBS, está definido de conformidad con los procedimientos definidos en el Anexo D del Contrato de Préstamo y fue aprobado por el Banco en julio del 2005.



La etapa de preselección consiste en identificar a las ONG que cumplen con los requisitos establecidos por el MSPAS, para proveer servicios básicos de salud. Para ello, el nivel central y la DAS realizan 2 convocatorias públicas al año, por medio de los medios de comunicación masivos escritos y/o radiales a nivel nacional y local, así como en el Portal de Gobierno GUATECOMPRAS. Se ha diseñado un formulario de preselección que es entregado en las Direcciones de Área y en la UPS1/SIAS del MSPAS, el cual contiene una guía de preguntas generales que permiten establecer el grado el cumplimiento de de los requisitos generales para proveer los servicios. Los proveedores que solicitan formularios son inscritos en un registro de oferentes. La

información recibida es calificada por un Comité de Preselección, el cual presenta los resultados y los notifica a los diferentes oferentes y se conforma la lista de oferentes precalificados.

La etapa de selección y adjudicación consiste en la asignación de jurisdicciones en concurso a los oferentes que, de acuerdo con los requisitos establecidos, obtienen la mayor calificación. El proceso se inicia con la recepción de las ofertas y finaliza con la firma de convenios entre el oferente seleccionado y el MSPAS, para legalizar los compromisos adquiridos por las partes. Los oferentes precalificados reciben los Términos de Referencia y con base en ellos presentan la oferta técnica y económica.

Las ofertas son evaluadas por un Comité de Selección con base en los criterios establecidos y los oferentes que obtienen más de 61 puntos, son objeto de una visita de campo para valida la confiabilidad de la información y verificar su capacidad técnica y operativa. Esto permite generar una matriz de calificaciones y le permite a la DAS enviar la documentación completa del proceso a la UPS1.

Con base en los resultados de la evaluación la DAS, en representación del MSPAS, suscribe el convenio con el oferente seleccionado, para legalizar las responsabilidades adquiridas por las partes.

Diseño y puesta en operación del Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrente

Como se ha indicado anteriormente la "Auditoria Concurrente" externa era una condición contractual para los desembolsos de este componente, a través de este mecanismo innovador se buscada garantizar que un ente externo e independiente realizara el monitoreo del desempeño de los proveedores y le entrega información al Ministerio para que tomara decisiones con respecto a los resultados en salud y la administración de los contratos de provisión de servicios.

El desarrollo de la estrategia de extensión de cobertura ha hecho evidente la importancia de disponer de información confiable y oportuna que permita conocer el desempeño de los proveedores y los resultados en términos de ganancias en salud para los beneficiarios, ante este requerimiento no solo del país sino de los organismos financiadores de la estrategia el Ministerio ha venido adelantando varios esfuerzos que se pueden sintetizar en las siguientes etapas[24]:

- Etapa 1: (1998-2000) Conformación de equipo de trabajo de 12 facilitadores de área para la supervisión de proveedores.

- Etapa 2: (2000-2001) Conformación de equipo de supervisión en el nivel central conformado por 25 personas para realizar la supervisión técnica y administrativa de los convenios.

- Etapa 3: (2001-2003). Se identifica la ausencia de instrumentos objetivos y robustos para garantizar una supervisión efectiva. Hay una cobertura de 315 jurisdicciones y se implementa una supervisión por muestreo de jurisdicciones.

[24] Con base en entrevistas con los coordinadores del programa y la revisión documental de los reportes de información del PEC

- Etapa 4: (2004-2005). En el 2004 no se tenía un subsistema de información ni se realizaba seguimiento periódico a las ONG; se realizaba una evaluación anual con procedimientos manuales y se encontraron incongruencias de registro en cuanto a los datos que se querían evaluar y lo encontrado en el registro del SIGSA 3 P/S. Por ello, se inicia el desarrollo del sistema de información de Monitoreo y Evaluación, complementado con verificación en terreno y con la capacitación e ONG en el flujo de información requerido por el sistema. La primera evaluación anual realizada en el periodo octubre-noviembre del 2004 puso en evidencia varios problemas con la información reportada por las ONG: i) no había un registro sistemático y completo de las actividades realizadas y ii) existía un alto grado de desorganización en la información. En el segundo trimestre del año 2005 se inició el uso del sistema de seguimiento y evaluación manual, mientras se desarrollaba el automatizado. El cual estaba estructurado por 14 tablas tabulares en donde se definía la población por grupos de edad, contando con el censo actualizado y el ingreso del mismo a este módulo del sistema de información.

- Etapa 5: (2006-2007). Se complementa el sistema de información de Monitoreo y Evaluación y se convierte en el Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes y se pone en operación generando reportes trimestrales de la producción de servicios y el desempeño de los proveedores. La Unidad de Asistencia Técnica (UAT) opera el sistema y contrata un equipo de trabajo de aproximadamente 90 personas para su administración.

Dados los inconvenientes comentados, el MSPAS desarrolló una propuesta de Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes que fue aprobada por el Banco[25]. Teniendo en cuenta que desde el año 2004, el Ministerio venía trabajando en el desarrollo de un Sistema de Información que contaba con el hardware y software necesario para incorporar todas las actividades del Programa de Extensión de Cobertura en sus dimensiones administrativas, financieras, técnicas e institucionales como una herramienta primordial de la prestación de servicios básicos de salud y su monitoreo y evaluación. A partir de ello se desarrolló como un sistema descentralizado de captura de datos que identifica a los miembros de la comunidad como ente básico, establece una identificación individual, familiar y comunitaria. Así mismo, consolida la información de manera multi-nivel, administrativa y geográficamente. Estos son los orígenes del sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes que el MSPAS implementó en el año siguiente.

El Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrente está integrado por tres módulos:

- Módulo 1 (Prestación de Servicios Básicos de Salud con 8 componentes). En este modulo se lleva el registro de habitantes de acuerdo al formulario SIGSA-11, (Ficha de censo familiar), y registro de la prestación de

[25] MSPAS. Descripción de los subsistemas de seguimiento y evaluación concurrentes de la provisión e servicios básicos de salud por prestadoras y administradoras de servicios de salud en Guatemala. Guatemala, Agosto, 2004

servicios médicos por medio de ficha clínica comunitaria de la niñez (0-5 Años), de la mujer (15-49 años) y de morbilidad general.
En este módulo los principales instrumentos para recolectar información son los siguientes: i) SIGSA 11 Ficha del Censo de población del MSPAS y ii) Fichas Clínicas.

Este sistema se implementó inicialmente el 86 ONG en el año 2006 y s e realizó el registro de habitantes y familias y se realizó el diseño físico de las fichas médicas, debido a que el MSPAS no contaba con un diseño normado. Estas fueron revisadas y validadas en terreno. A continuación se realizó el análisis y desarrollo del diseño digital de las fichas médicas con sus respectivos instrumentos de AIEPI AINM- C; posteriormente se hizo el diseño digital del consolidado del cuaderno del vigilante para control de la niñez y la mujer. Asimismo se prepararon los manuales digitales de la ficha del Niño, la ficha de la Mujer y la ficha General de Morbilidad. Adicionalmente se realizó el análisis y desarrollo de los siguientes formularios para facilitar su ingreso electrónico:

SIGSA 1 - Registro Nivel de Nacimientos
SIGSA 2 - Registro Nivel de Defunciones
SIGSA 5 A - Registro de Vacunación y Suplementación con Vitamina A para el niño y niña
SIGSA 5 B - Registro de Vacunación para la Mujer en edad fértil
SIGSA 5 C - Consolidado Nivel de Vacunación
SIGSA 6 - Producción según tipo de Personal, mensual
SIGSA 7 - Reporte mensual de morbilidad de notificación obligatoria
SIGSA 18 - Reporte semanal de vigilancia epidemiológica.
SIGSA 6 – Producción en la prestación de los servicios básicos de salud según tipo de personal, mensual, trimestral y anual.

Para el 2007 se implementó en todas las ONG, y se organizaron 9 talleres de capacitación a nivel regional, el sistema se instaló en 195 computadoras y se capacitó al personal en su manejo. Para complementar las actividades de capacitación a las ONG se socializó al personal del área de salud, y equipos básicos de salud de las ONG.

Como resultado de la automatización de la ficha médica para las prestadoras de SBS y su consolidación a nivel central ha posibilitado disponer en el primer año de trabajo digital de 932,570 fichas habilitadas de la población adscrita (22%), de las cuales un 92% son de los grupos meta (niños menores de cinco años, Mujeres en Edad Fértil y población general)

Adicionalmente a la ficha médica, se incorporó la automatización del registro del monitoreo mensual de peso y su reporte de clasificación de “crece bien” y “no crece bien”, por parte del personal comunitario y la entrega de medicamentos por el facilitador comunitario para poder obtener la demanda real

de los medicamentos entregados y no entregados para el registro del Instrumento: Balance, Requisición y Envió de Medicamentos y Suministros.

- Módulo 2 (Logística con 5 componentes). En este módulo se registran datos de las ONG y los lugares poblados asociados a las Jurisdicciones dentro de la red de servicios del MSPAS, así como del control de insumos, medicamentos, métodos de planificación familiar, donaciones, registro de activos fijos y control y mantenimiento de vehículos.

  El módulo de Logística incluye cinco componentes:
  - Inventario de ONG. Este componente permite a la Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel -UPS 1- llevar un inventario más específico de los convenios actuales con las ONG. Los usuarios directos de este módulo es el personal de la UPS 1 a nivel central.
  - Registro y Control de Activos Fijos. Apoya a las ONG a llevar un control de inventarios de los activos fijos de forma más eficiente. Los usuarios de este módulo son las Unidades de Asistencia Técnica, Distritos y Áreas de Salud y el personal de la ONG.
  - Insumos y medicamentos –BRES-. Apoya al registro y control de distribución, ingresos y egresos de insumos, medicamentos, métodos de planificación familiar por jurisdicción.
  - Cadena de Frío y Control Biológico de Vacunación. Apoya al control del uso y las condiciones de almacenamiento de los biológicos de vacunación. Las UAT, los Distritos, Áreas y EBS serán los usuarios de este componente.
  - Control de Movilización de vehículos. Apoya con el control de inventario de vehículos, control de uso de vehículo, kilometraje, combustible y gastos de mantenimiento y reparación de las ONG.

  Al primer semestre del 2006, los componentes 1 y 3 se tenían implementados en un 100% y para finales del 2007 los componentes 2, 4 y 5 terminaron la fase de análisis y entraron a la fase de implementación.

- Módulo 3 (Administrativo-Financiero con 5 componentes). En este módulo se lleva el registro del presupuesto por renglón de gasto asignado, su ejecución por medio de Bancos, para la emisión de cheques, registros contables, estados financieros y cédulas de auditoría. Su objetivo es llevar el registro y control de los gastos e ingresos de las ONG que tienen convenio con el Ministerio, así como obtener de forma inmediata los diferentes informes financieros y el control de ingreso y egreso de medicamentos, insumos, equipo. El módulo Administrativo Financiero inició a implementarse en el año 2006. Previo a ello, hubo fases de diseño y de capacitación tanto para los usuarios directos -personal de informática y personal administrativo de las ONG-, como para los usuarios indirectos -el personal a nivel central y personal de las UAT- enfocado al aprendizaje de la utilización de la herramienta informática. Para ello se capacitaron 152 contadores y 32 asistentes financieros de ONG y se instaló el sistema en 160 equipos y se realizó la socialización correspondiente con el personal de las áreas de salud.

El sistema se estructura con base en una llave geográfica que define la asignación por departamento, municipio y lugar poblado. Se establecieron los códigos para 15,974 lugares poblados, se asignaron las 402 jurisdicciones bajo convenio. A nivel central se habilitaron las identificaciones correspondientes para categorizar al lugar poblado según desnutrición crónica. Dichas asignaciones facilitan la acción de los equipos básicos de salud en cuanto a programación de rutas, acceso y tiempos. Esta se complementa con una llave institucional o funcional que contiene la asignación de la siguiente estructura: región, área de salud, distrito municipal de salud, jurisdicción, centro de convergencia y lugar poblado.

Para garantizar la operación del sistema las ONG, en el marco de los convenios suscritos con el MSPAS tienen el compromiso de contratar un asistente de información por cada 2 jurisdicciones, y un contador por cada 6 jurisdicciones. Este ha sido un aspecto clave para facilitar y garantizar la operación del sistema a nivel de estas unidades primarias en al producción de información.

Como resultado de la implementación del sistema se ha iniciado la producción de informes trimestrales automatizados, dentro de la estrategia de extensión de cobertura este sistema ha sido clave porque le ha permitido al MSPAS adelantar un proyecto institucional con miras a generar evidencia confiable sobre los resultados del Programa y a adoptar los mecanismos para garantizar la oportunidad y calidad de la información. A nivel de los prestadores el sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes ha evidenciado la importancia de disponer de información para la gestión de los niveles de decisión y operación del Programa, como un mecanismo de retroalimentación permanente a su gestión.

Algunos de las ventajas con la entrada en operación de este sistema han sido:

- La base de datos actual del PEC, permite generar una gran cantidad de reportes diarios, semanales, mensuales, trimestrales y anuales para el análisis de la calidad de los servicios prestados por las ONG.
- Con base en la definición de indicadores de desempeño, el sistema genera, con base en los datos del módulo de CSBS, los porcentajes de cumplimiento. Este es el insumo central para la evaluación trimestral que realizan los comités de evaluación de cada jurisdicción integrados por personal del Área de Salud, Unidades de Asistencia Técnica y Distritos de Salud.
- El Sistema genera una información integral y completa que le permite a los grupos evaluadores conocer el desempeño técnico, administrativo y financiero de los proveedores.
- La evaluación de la asignación de los medicamentos está en función de la cantidad de habitantes atendidos en la comunidad y demanda real de cada uno de ellos.
- Información para programación de metas de acuerdo a evaluación trimestral de 28 indicadores.
- Verificación de que el presupuesto aprobado para las ONG, este en función del número de personas censadas en la jurisdicción.

Los resultados más importantes del Sistema de Información están:

- Implementación de los módulos y la publicación de estadísticas georeferenciadas en la Web.
- Instalación del sistema en las unidades técnicas y administrativo-financieras de las ONG contratadas por el MSPAS
- Los reportes requeridos por el Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio –SIGSA- son generados automáticamente por el Sistema, con lo cual toda la información del nivel comunitario se refleja en la información que reporta oficialmente al MSPAS.
- El recuento poblacional anual está actualizado y disponible para las variables e indicadores del sistema
- La Sala Situacional en todos los centros de convergencia que tienen las jurisdicciones puede ser implementada debido a que se cuenta con información actualizada mensualmente y divulgada a la población en forma permanente.

En lo relacionado con la implementación de este sistema el principal reto para el Programa ha sido el de garantizar un esquema que sea viable y sostenible. Para ello el Programa y el MSPAS acordaron que el Sistema seria operado por la Unidad de Asistencia Técnica (UAT) la cual sería conformada por un equipo contratado por el Programa para fortalecer a los equipos de las Direcciones de Área de Salud.

Desde un comienzo fue evidente que la sostenibilidad de la UAT, dado que era personal contratado, dependería de la incorporación progresiva de este personal a las estructuras de línea de Ministerio.

La conformación de la UAT se definió con base en el número de jurisdicciones, y sus principales responsabilidades son la colaboración en la planificación y la ejecución de la supervisión y el monitoreo de las ONG que cuentan con convenios con el MSPAS.

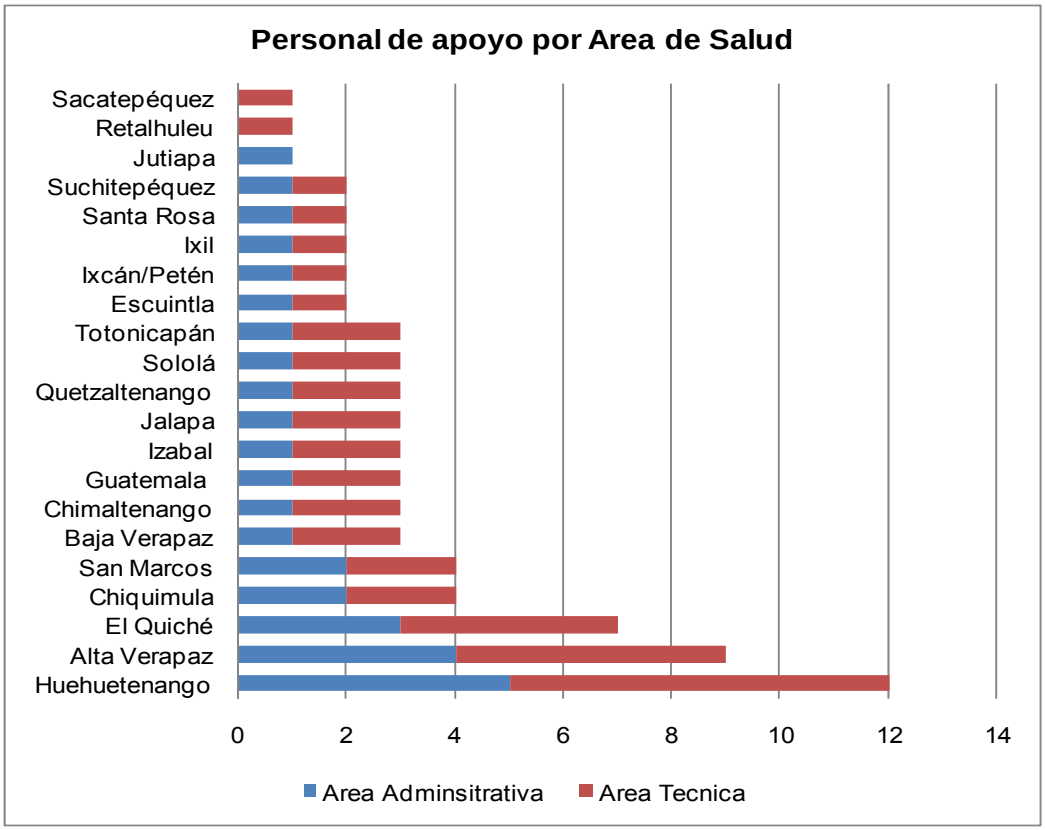
Con base en la información reportada por la UCP entre el 2004 y le 2007 se gestionaron 401 contratos: 91 en el 2005, 201 en el 2006 y 109 en el 2007. La inversión total en estos contratos ascendió a Q$47,2 millones, lo que representa aproximadamente, US$6,2 millones durante los tres años. La distribución par cargos indica que cerca de las tres cuartas partes del personal correspondió a personal de apoyo en las áreas de capacitación, supervisión, seguimiento y evaluación concurrentes de ONG, Identificación y caracterización de Grupos Organizados de la Sociedad Civil y en la implementación del Sistema de información. Como se ha indicado en las secciones precedentes el reto para el Ministerio estaba en garantizar que los 109 contratos efectivos en el 2007 pudieran ser incorporados al plan del Ministerio. Aunque en el informe del primer semestre del 2007 se indicaba que “Se han realizado avances importantes al incorporar administrativamente a los miembros de las UAT a los equipos de las 26 áreas de salud que trabajan extensión de cobertura. La incorporación al presupuesto del MSPAS es la que se espera realizar para el presupuesto del año 2008, debido a que el presupuesto para el año 2007 no fue aprobado por el Congreso de la República y el MSPAS tiene para el año 2007 el

presupuesto correspondiente al año 2006"[26] . De acuerdo con la revisión de las cifras de anteproyecto de presupuestos del 2008 estos rubros no fueron programados.

Cuadro 10
Distribución de cargos de apoyo a la implementación del Programa de Extensión de Cobertura

[redacted]

El personal de apoyo se distribuyó en las áreas de acuerdo al tamaño de las poblaciones y de las jurisdicciones asignadas a las ONG. Como se indica en el cuadro siguiente las áreas de Huehuetenango, Alta Verapaz y El Quiché concentran el 40% de los recursos contratados:



Definición y ajuste del sistema de indicadores

[26] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PMSSII Informe Semestral de Progreso. Enero a Junio de 2007. Componente II Apoyo a la Extensión de Cobertura. Noviembre 2007

Una parte integral del Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes es la definición y operacionalización de un conjunto de indicadores para medir el avance en la ejecución y el cumplimiento en las metas de desempeño de los proveedores, este sistema genera reportes a nivel trimestral.

La existencia de estos indicadores de medición de la ejecución y de metas han sido los principales instrumentos para el monitoreo trimestral, así como para aplicar protocolos de supervisión en cada visita que se realiza a las ONG ejecutoras. Tanto la supervisión como el monitoreo de las ONG y su personal han sido la base para la elaboración de planes de capacitación o aplicación de medidas preventivas y correctivas oportunas e integradas a la red de servicios del MSPAS.

En el año 2006 se realizó la revisión de los indicadores y como resultado se definieron los siguientes 28 indicadores trazadores para monitorear a las ONG.

1. *Embarazadas con primer control prenatal*
2. *Embarazadas captadas antes de las 12 semanas de embarazo*
3. *Embarazadas con tres controles prenatales*
4. *Puérperas con un control médico en los primeros cuarenta días después del parto*
5. *Recién Nacidos con un control médico en los primeros 28 días de nacido*
6. *Mujeres de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes*
7. *Mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar*
8. *Mujeres de 15 a 49 años que son reabastecidas con métodos de planificación familiar*
9. *Mujeres de 15 a 49 años que se han tomado muestra de Papanicolau*
10. *Mujeres de 15 a 49 años con resultado de Papanicolau*
11. *Mujeres de 15 a 49 años con tercera dosis de TDA*
12. *Niños (as) menores de un año vacunados con BCG*
13. *Niños (as) menores de un año vacunados con tercera dosis de OPV*
14. *Niños (as) menores de un año vacunados con tercera dosis de Pentavalente*
15. *Niños que cumplen 12 meses durante el año en curso vacunados con SPR*
16. *Niños (as) menores de un año con dos controles médicos*
17. *Niños (as) de 1 a menores de 5 años con un control médico al año*
18. *Casos de neumonías detectadas en menores de 5 años que reciben tratamiento*
19. *Casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben SRO*
20. *Niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre*
21. *Niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos en el trimestre*
22. *Niños menores de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre*
23. *Niños menores de 1 año suplementados con una dosis de vitamina A partir de los 6 meses de edad*
24. *Niños de 1 a menores de 5 años suplementados con segunda dosis de Vitamina A cada año*
25. *Niños menores de 1 año con una entrega de Sulfato Ferroso para tres meses*
26. *Niños de 1 a menores de 5 años con entrega de Sulfato Ferroso para tres meses*
27. *Cobertura de Vacunación Canina*
28. *Comadronas tradicionales activas capacitadas*

La información de estos indicadores está disponible para los años 2005 a 2007, aunque en el año 2005 no estaba operando el sistema en línea. Por lo tanto la información más completa y consistente corresponde a los años 2006 y 2007.

El informe del primer semestre del 2007 indica que el análisis de las metas alcanzadas en el primer semestre del año 2006 y el primer semestre del 2007 se observa en general que hay un incremento en el alcance de metas a nivel de país. Cabe señalar que con la implementación del sistema de información, en general los datos son más confiables, que los obtenidos en el 2005.[27]

Cuadro 11

Resultados Globales (Todas las Jurisdicciones) de la ejecución del Conjunto de Servicios Básicos de Salud (Porcentajes por semestre)

Metas /Resultados Globales por Semestre	Enero-Junio 2005	Julio-Dic 2005	Enero-Junio 2006	Julio-Dic 2006	Enero-Junio 2007
Meta 1: 95% de los niños menores de un año con esquema de vacunación Completo	39.27	89.08	24.40	79.99	NA
Meta 2: 90% de los niños menores de un año con un control médico	39.23	88.21	52.56	95.82	NA
Meta 3: 90% de los niños de 1 año a 5 años con un control médico	25.60	57.65	25.05	58.13	34.12
Meta 4: 70% de las embarazadas con 1 control prenatal	36.79	72.82	29.14	61.50	29.2
Meta 5: 70% de la embarazadas captadas antes de las 12 semanas	12.10	14.63	8.07	18.63	9.81
Meta 6: 70% de las embarazadas con 3 controles	9.24	21.45	7.31	22.39	11.09
Meta 7: 80% de las Puérperas reciben control en los primeros 40 días después del parto	24.68	47.76	14.50	39.50	22.9
Meta 8: 80% de los recién nacidos reciben un control MA o EA en los primeros 28 días de nacido	17.47	36.61	10.32	31.35	19.53
Meta 9: 25% de las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micronutrientes	16.40	37.17	12.78	18.52	9.84
Meta 10: 20% de se han tomado una muestra de PAP	8.57	9.92	3.91	7.97	3.11
Meta 11: 45% de las mujeres entre 15 y 49 años utilizan un método de Planificación Familiar	9.17	14.83	6.71	11.88	2.73
Meta 12: 45% de los niños menores de 1 año con dos controles médicos	10.90	39.64	16.52	45.74	35.04
Meta 13: 100% de causas de neumonías tratados en Niños Menores de 5 años	76.91	87.81	81.06	95.86	92.49
Meta 14: 100% de los casos de deshidratación tratados con SRO en menores de 5 Años				92.14	93.45
Meta 15: 100% de centros de convergencia con recursos de defunciones del grupo materno infantil en la	83.01	91.68	00.0	NA	NA

[27] MSPAS. Informe PMSS II. Junio 2007.

Metas /Resultados Globales por Semestre	Enero-Junio 2005	Julio-Dic 2005	Enero-Junio 2006	Julio-Dic 2006	Enero-Junio 2007
jurisdicción					
Meta 16: 100% de los centros de convergencia con registro de nacimientos de la Jurisdicción	88.67	93.10	0.00	NA	NA
Meta 17: 100% de los vigilantes son capacitados	89.54	93.97	95.00	98.47	NA
Meta 18: 100% de la Comadronas Tradicionales Activas Capacitadas	85.40	92.08	93.63	98.79	94.83

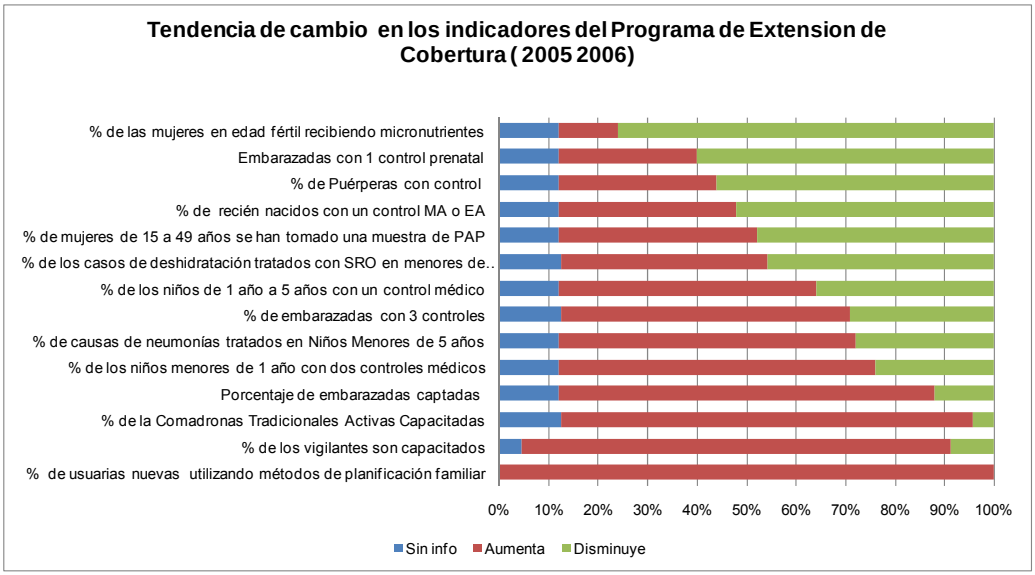
Fuente: MSPAS

Con el propósito de realizar un análisis comparativo de las tendencias en los indicadores, en el anexo 2 se presenta la lista de indicadores y el nivel alcanzado para el 2005-2006 y 2007, a nivel de las áreas de salud.

Con base en la información disponible para el 2005 y 2006 se comparó la tendencia en un grupo de indicadores y los resultados muestran que en promedio, un 11% de los indicadores no disponen de información que permita comparar los dos años, para el grupo de indicadores de salud materna registran el 54% de los indicadores muestran, en promedio, aumentos entre el 2005 y 2006[28] en las diferentes áreas de salud y reducciones en el 36%. Para el caso de los indicadores de salud infantil el porcentaje de aumento es del 56% frente a un 33% en los que disminuyen el valor observado en el 2006.

Estos resultados indican que en forma global hay una tendencia al aumento en los indicadores de salud materna infantil y que los valores observados en el 2006 tienden a ser significativamente mayores en el 2006. Este hallazgo indica dos temas importantes: por una parte se requiere de un periodo más amplio de implementación del sistema de información para analizar la tendencia en los indicadores y determinar que parte del incremento obedece a mejora del registro y que parte a mejoramiento en el desempeño de los indicadores. Por otra parte, es necesario que el Ministerio utilice esta información para conocer los resultados que está generando la operación de la estrategia de extensión de cobertura y, que realice estudios evaluativos a nivel de detalle (por indicadores y áreas) para identificar los factores determinantes de la estructura y dinámica en el comportamiento de los indicadores.

[28] Los valores del 2007 no estaban disponible para todo el año completo.



Implementación de la Auditoria Social de la Provisión de Servicios

En desarrollo del Programa de Extensión de Cobertura se diseñó e implementó la metodología de Auditoria Social de la provisión de servicios. Esta metodología tuvo como objetivo permitir que los beneficiarios realizaran una fiscalización social y una valoración objetiva de los servicios, teniendo una incidencia directa en una porción del pago de los proveedores de los servicios. Es decir en un reconocimiento a su desempeño desde la perspectiva del beneficiario de los servicios.

Esta fiscalización tuvo como finalidad mejorar la transparencia y rendición de cuentas en la ejecución de fondos públicos y en el claro entendimiento de los usuarios sobre sus derechos y obligaciones con respecto a la estrategia de entrega de servicios. El Sistema diseñado tuvo como objetivos: i) promover la participación real de la comunidad mediante instrumentos concretos; ii) utilizar los resultados de los comités de auditoría social para decidir sobre un incentivo monetario al equipo básico de salud –EBS-; y iii) capacitar e informar a la comunidad sobre los derechos y obligaciones que tiene con respecto al Equipo Básico de Salud de la ONG.

La metodología de auditoría social permite que delegados de grupos organizados de la sociedad civil se conviertan en actores fundamentales ya que representan a las poblaciones receptoras para la evaluación del desempeño de las ONG prestadoras de los servicios mediante la conformación de Comités de Auditoría Social por jurisdicción cubierta.

La metodología se desarrolló en cuatro fases[29]: i) Identificación, caracterización y pre-selección de los representantes de los grupos organizados de la sociedad civil, con potencial para realizar Auditoria Social del CSBS, ii) capacitación y designación de las

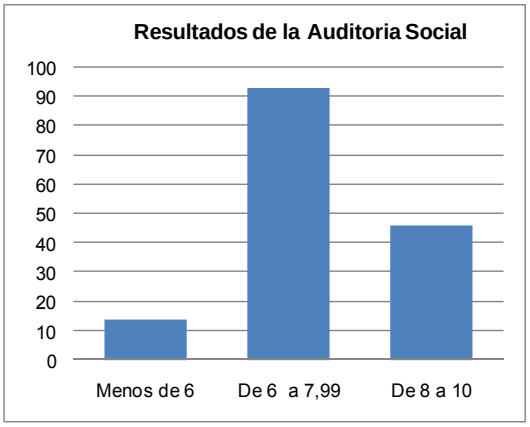
[29] MSPAS. Ministerio De Salud, Pionero en la Implementación de la Auditoria Social de los Servicios de Salud. Documento de discusión. Junio 2007

personas que forman los Comités de Auditoria Social del CSBS–iii) ejecución de la Auditoria Social del CSBS-, y iv) seguimiento al proceso de ejecución de la Auditoria Social.

El diseño de la metodología se realizó en el año 2005 y entre este año y el 2007 los principales logros en materia de Auditoria Social son los siguientes[30]:

- Desarrollo del instrumento de Auditoria social integrado por tres partes: información general, valoración de la cantidad y calidad de los servicios y observaciones
- Identificación de 7208 grupos organizados de 272 jurisdicciones en el 200y y 30 adicionales en el 2007 para completar 302 jurisdicciones correspondientes a 124 municipios.
- Capacitación de 3102 líderes comunitarios
- Capacitación de 259 Comités de Auditoria en Salud durante el 2006.

Para el 2007 se implementó la metodología en 153 jurisdicciones, lo que indica que cerca del 90% de las jurisdicciones y sus Equipos básicos de Salud recibieron puntajes por encima de 8.0 y el puntaje promedio de calificación obtenido por jurisdicción, por todos los evaluados fue de 7.38 en una escala de 1 a 10, lo cual califica los servicios como aceptables por parte de los beneficiarios.



Con base en los resultados de la Auditoria Social se han firmado Planes de Acción por jurisdicción con un seguimiento por parte de los Distritos y las Áreas de Salud y se ha realizado la entrega de los incentivos correspondientes al pago por desempeño. Como resultado de las auditorias sociales, se logró incentivar monetariamente al equipo básico de salud en 139 jurisdicciones de 153 que finalizaron el proceso.

Ajuste del paquete básico de servicios de salud

El conjunto de servicios de la estrategia de extensión de cobertura y sus acciones responden a la naturaleza generalizada de riesgo de enfermedades -perfil epidemiológico- de la población beneficiaria. La estructura del paquete que fue revisada y ajustada tiene al 2007 4 áreas de servicios y un área transversal: i) atención

[30] MSPAS. PMSII. Informes de progreso 2006 y 2007.

a la mujer; ii) atención a la niñez; iii) atención a la demanda por morbilidad y urgencias; iv) atención al medio; y la transversal de promoción, educación en salud.

A partir de año 2005, el CSBS se fortaleció con la incorporación de las estrategias AIEPI y AINM-C y en el año 2006 con la entrega del alimento complementario, Vitacereal, a niños de 6 a 36 meses y a mujeres embarazadas y en período de lactancia. Cada uno de los servicios y acciones del CSBS cuenta con indicadores de medición, lo que permite orientar la implementación hacia resultados.

Esta reformulación en la estructura del paquete fue realizada teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Normas de atención del primer nivel de atención
- Lineamientos del Programa de nacional de inmunizaciones
- Lineamientos del Plan de reducción de la mortalidad materna
- Normas del programa de salud reproductiva Normas de atención del Programa AIEPI

La estructura del paquete se indica en el cuadro adjunto y los cambios fueron incorporados a los convenios firmados a partir del 2006.

Cuadro 12

Estructura del Conjunto de Servicios Básicos de Salud

Área	Acciones
Atención a la Mujer	Atención Prenatal Aplicación de Tda Suplementación con hierro y ácido fólico Alimentación complementaria (Vitacereal) a madres lactantes y embarazadas Atención del parto limpio y seguro Atención del puerperio Espaciamiento de los embarazos Detección precoz de cáncer de la mama y cérvico uterino Referencia y respuesta de urgencias
Atención a la niñez	Vacunación Promoción y monitoreo del crecimiento. Suplementación con hierro, ácido fólico y Vitamina A Alimentación complementaria (Vitacereal) a niños de 6 a 36 meses Control de diarrea y cólera e infecciones respiratorias agudas -IRA- Referencias
Atención a la demanda por morbilidad y urgencias	Atención de la morbilidad general y enfermedades prevalentes en todos los grupos de edad, con énfasis en diarrea y cólera, IRA, Control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), control de zoonosis, control de tuberculosis Emergencias Prevención de enfermedades de transmisión sexual ITS/VIH Referencias
Atención al medio	Vigilancia de la calidad del agua Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras Control de vectores y zoonosis Mejoramiento de las condiciones sanitarias de vivienda e Higiene de los alimentos

Área	Acciones
Promoción, educación en salud y para auditoría social	Promoción y educación para el auto cuidado de la salud Participación comunitaria en la auditoría social de los servicios básicos de salud

Costos del conjunto básico de servicios de salud

Un aspecto central de la estrategia de extensión de cobertura es la revisión y actualización de los costos, en el 2005 el Programa realizó un estudio de costos por componente los cuales fueron incorporados en la negociación de convenios 2006-2007. El estudio de costos determinó el valor del paquete para los siguientes componentes[31]:

- Atención integral a la mujer
- Atención integral a la niñez
- Atención de morbilidad y urgencias
- Equipos e insumos
- Transporte y mantenimiento
- Materiales de impresión y capacitación
- Estipendios para personal comunitario
- Pagos por servicios profesionales

Capacitación de proveedores

Los planes de capacitación se basan en los sistemas anteriormente descritos. Es de hacer notar que los planes de capacitación no son exclusivos para el personal del MSPAS -UAT, Jefaturas de Área-, sino también para el personal de salud y administrativo de la ONG, así como para el personal comunitario.

Se han sistematizado las metodologías que combinan capacitación individual por parte del UAT, así como la capacitación formal en cursos y seminarios específicos en salud y en manejo de procesos administrativos. Así mismo, se han elaborado materiales de capacitación, en forma gráfica, adecuados para los requerimientos del nivel comunitario. Por último, se estima que durante el año 2006 se capacitaron aproximadamente 43,000 personas en programas formales de capacitación en salud, y cerca de 2,000 personas administrativas.

Ejecución de los proyectos piloto de innovaciones

Como se ha indicado previamente el programa incluía tres innovaciones orientadas a evidenciarlos aumentos en la eficiencia y la efectividad en el suministro de Servicios Básicos de Salud con proveedor públicos y privados. La ejecución de este componente se vio afectada por el retraso en el inicio de la ejecución del componente. Un aspecto importante a considerar es que estos pilotos no fueron concebidos como "Proyectos Piloto" con esquema claro de interrelación entre el diseño la ejecución y la evaluación. Los dos proyectos ejecutados no cuentan con estudios que indiquen sus resultados.

[31] MSPAS. PMSS II. Informe semestral de Progreso. Enero a Junio 2007. Julio 2007

Las acciones realizadas fueron las siguientes:

Piloto 1. Red de servicios básicos. Este proyecto fue ejecutado con el apoyo de USAID entre el 2002 y agosto del 2004. El Proyecto PROREDES desarrolló un modelo de provisión de servicios a través de redes de ONG, coordinadas por una ONG de mayor capacidad. Dado que no hubo diferencia en los resultados entre este modelo y el de extensión de cobertura tradicional, el MSPAS no continuó con el interés de esta iniciativa.

Piloto 2. Comunicación educativa en salud. Consistió en la implementación de la estrategia en información educación y comunicación en todos los convenios (no piloto) con especial énfasis en los municipios priorizados: 41: Guate Solidaria y 83 Desnutrición Crónica, a través de la aplicación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia y AINM-C Atención Integral en Nutrición al Niño y la Mujer en Comunidad. Para incorporar esta estrategia se incrementó el costo per cápita de los SBS en el 2005.

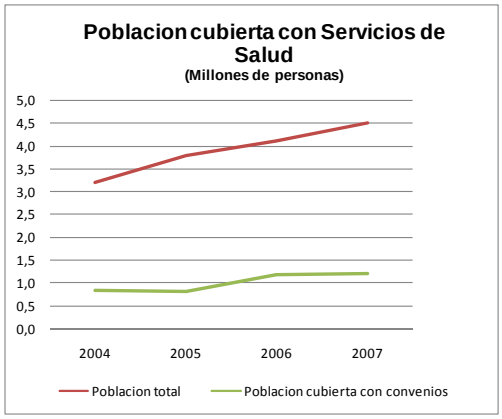
Piloto 3. Suministro de servicios de salud a comunidad indígena. El Programa de Medicina tradicional del MSPAS elaboró el Vademécum (protocolos) de medicina tradicional en el año 2006, y este se publicó y distribuyó hasta el primer trimestre de 2007. En el primer semestre del 2007 se realizó la sensibilización de los equipos básicos de salud de tres ONG de Jalapa, Alta Verapaz e Ixil con el módulo de auto aprendizaje "Integración de la Medicina Tradicional al conjunto de Servicios Básicos de Salud del primer nivel de atención" diseñado para el efecto. En el primer semestre del 2007 se realizó la aplicación de los protocolos y la siembra de plantas medicinales.

4.3 Balance de resultados y valoración del cumplimiento de las metas de desempeño

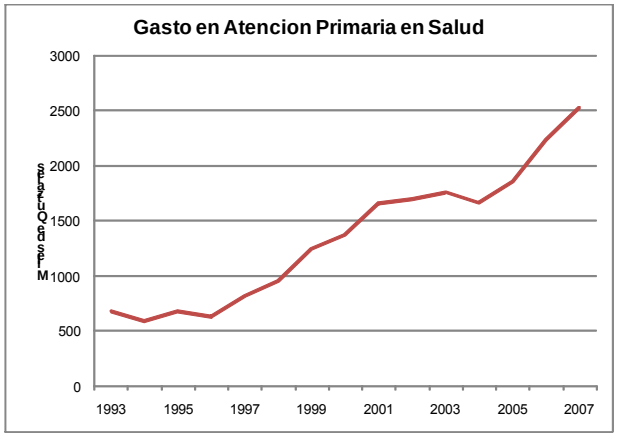
Como se indicó anteriormente, desde 1997 el Gobierno inició la implementación del Programa de Extensión de Cobertura con el objetivo de llevar servicios básicos de salud al 46% de la población que antes del 1996 no tenía acceso físico a instalaciones de salud. Mediante el Programa se pretendía, entre otras acciones, dar cumplimiento a los objetivos de disminución de la mortalidad materna e infantil comprometidos en los Acuerdos de Paz suscritos en diciembre de 1996.[32]

En este contexto, como resultado de la implementación del programa de extensión de cobertura financiado por el Programa, el Gobierno ha logrado ampliar sustancialmente la cobertura de servicios de salud a la población pobre de 3,2 millones en el año 2004 a 4,5 millones en el 2007.

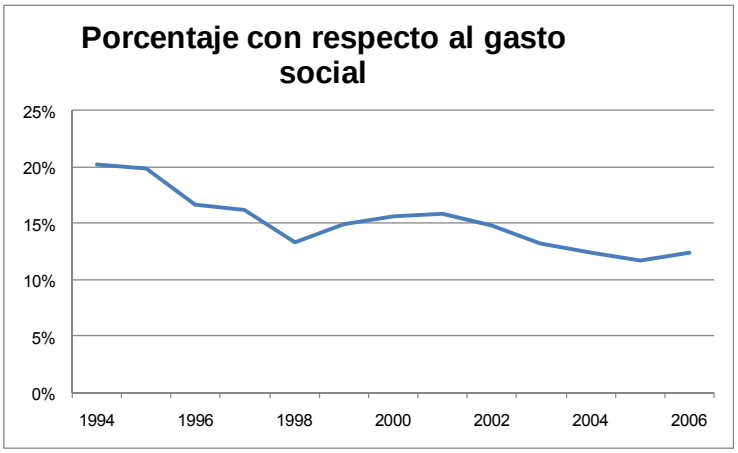
[32] MSPAS. Salud al Alcance de más Guatemaltecos. Documento de discusión.



Adicionalmente, el Programa ha permitido ampliar los recursos para Atención Primaria en Salud, aunque en términos absolutos el crecimiento ha sido amplio al duplicar la asignación entre el 2000 y el 2006. En efecto, la comparación de las cifras de la tendencia del gasto en APS indica tres etapas definidas: un crecimiento fuerte entre 1993 y el año 2000, con un crecimiento anual promedio del 16%, el periodo siguiente 2000 - 2006 con un crecimiento bajo donde prácticamente no hubo crecimiento en términos reales, y un periodo de aumento entre el 2005 y el 2007 cuando el Programa financiado por el BID permite ampliar la asignación para APS y alcanzar un incremento promedio del 14% por año.



Sin embargo, frente a este incremento contrasta que, dentro de un tendencia de largo plazo, la asignación del sector para atención primaria con respecto al gasto social del Gobierno muestra una tendencia decreciente, en efecto mientras que en el año 1004 representaba un 20%, este porcentaje se reduce al 16% en el año 2000 y para el 2006 alcanza el 13%.



Por lo tanto, si por un lado el programa ha servido para jalonar recursos hacia los servicios de atención primaria, en el largo plazo el sector ha perdido participación en las asignaciones orientadas hacia los servicios de atención primaria.

En lo relacionado con el desarrollo de mecanismos de contratación de proveedores privados el Programa ha logrado establecer un conjunto de incentivos y señales en el mercado que definen condiciones de transparencia y competencia en la contratación de servicios, sin embargo no se logró estructurar una unidad encargada de la compra de servicios de salud, el cual era uno de los resultados claves que se esperaban del impulso a la contratación de servicios. Sin embargo, el Programa de Extensión de Cobertura logró diseñar y poner en operación un ciclo y un conjunto de procedimientos normados y estandarizados de para la selección y contratación de proveedores de servicios de salud, el cual esta en operación.

Sobre los resultados de los indicadores de desempeño se observa que entre el 2005 y el 2007 hay una tendencia al aumento en el cumplimiento de metas tanto en el componente de salud materna como en el componente de salud infantil, con la entrada en operación del sistema se garantiza la disponibilidad de información actualizada y confiable de estos indicadores.

En términos del sistema de información la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluacion Concurrentes, ha proporcionado a los equipos básicos, el acceso a información para conocer los resultados en términos de la producción de servicios y ha inducido su utilización para toma de decisiones sobre en las actividades que integran su círculo gerencial: i) planificación, ii) trabajo en la prestación de básicos de salud, iii) recopilación de información, iv) ingreso de la información, y v) el análisis de la información para la toma de decisiones.

Por lado de la implementación de la metodología de Auditoria Social se ha logrado un avance importante en la vinculación de la Sociedad Civil en la valoración de los resultados, y se ha constituido en un mecanismo para inducir la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión y de obtener información para realizar mejoras continuas del programa con base en la realimentación recibida de los beneficiarios.

Con relación al cumplimiento de las dos metas del componente se puede indicar que la primera meta que se relaciona con la expansión del programa de extensión de

cobertura, se logró cumplir satisfactoriamente, la segunda que se relaciona con el diseño, ejecución y evaluación de los tres proyectos piloto de innovaciones, este se cumplió parcialmente debido al diseño y al grado de implementación de sus resultados.

Cuadro 13

Valoración del cumplimiento de las metas de desempeño del Componente

META	NIVEL DE CUMPLIMIENTO			
	Satisfactorio	Parcial	Ninguno	Observaciones
500,000 personas nuevas están cubiertas por el conjunto de servicios básicos de salud en las áreas de atención: Atención a la mujer, atención a la niñez, atención a la demanda de urgencias y morbilidad y atención al ambiente. 250,000 habitantes para el segundo semestre de 2006 y 250,000 adicionales para el primer trimestre de 2007	X			El programa ha cumplido las metas de cobertura pasando de 813.265 beneficiarios en el 2005 a 1.210.399 en el 2007. Entre el año 2004 y el 2007 la cobertura global de servicios se ha incrementados d 3,2 millones a 4,5 millones.
Al menos tres proyectos innovadores en el suministro de servicios básicos de salud han sido seleccionados y apoyados por el programa, en las siguientes áreas: red de servicios básicos, comunicación educativa en salud y suministro de servicios de salud a comunidad indígena. II semestre de 2007.		X		Se han ejecutado dos pilotos correspondientes al Piloto de Comunicación educativa en salud y de Suministro de servicios de salud a comunidad indígena. Estos proyectos no fueron evaluados en sus resultados. El primer piloto s realizó con recursos de AID.

4.4 Problemas y limitaciones en la ejecución

Los principales problemas identificados en la ejecución del componente fueron:

- El diseño técnico del mecanismo de auditoria concurrente en el cual el país no contaba con experiencia, ni con un las herramientas técnicas para su conceptualización y desarrollo.
- La ausencia de un plan definido para la garantizar la sostenibilidad del mecanismo de Seguimiento y Evaluacion Permanente.
- La importancia que tuvo el personal contratado en la ejecución del componente el cual no garantizaba que el MSPAS se apropiara, en forma completa, de los logros, resultados y desarrollos del Programa.
- Los problemas de financiamiento del Ministerio durante el periodo 2003-2005.

Dentro de todos estos factores el que tuvo mayor peso fue el retraso de cerca de 30 meses en el inicio de la ejecución del componente, debido al incumplimiento en la contratación de una firma externa encargada de la Auditoria Concurrente.

4.5 Articulación e institucionalización de los productos y resultados

El Programa inició como un proyecto piloto que debía convertirse en una parte estructural del funcionamiento del MSPAS. Por ello, la institucionalización se ha venido trabajando de dos formas: i) La sistematización de los procesos de información que es la base para la planificación, la supervisión y el monitoreo, la evaluación, auditoria social y la capacitación en salud de los proveedores de servicios y de la comunidad rural y ii) La integración de las políticas, la estructura y de los sistemas del Programa a los sistemas formales del MSPAS.

El PMSS II realizó varias contribuciones en términos de la institucionalización de los resultados y logros de este componente, y adelantó acciones orientadas a integrar técnica y operativamente la estructura del MSPAS. Al finalizar la ejecución del Programa existe una dependencia formal de Extensión de Cobertura -UPS1- dentro de la estructura del MSPAS aprobada por el reglamento interno y existen UAT funcionando en 26 de las 29 Direcciones de Áreas de Salud del país; la información se recolecta y se analiza en la forma aprobada por el SIGSA, utilizando medios computarizados; Los procesos de selección y de adjudicación de ONG y de compra de medicamentos se realizan de acuerdo a la normativa vigente para el MSPAS; el sistema de planificación, programación y presupuestación nace en el nivel comunitario; y se desarrollaron protocolos de atención de los servicios de salud preventivos.

Por el lado del Banco a finales del año 2005 el Congreso de la República aprobó el contrato de préstamo del “Programa de Mejoramiento de la Calidad del Gasto Social”. El Programa consta de 3 componentes y el último de los componentes: Componente 3. Priorización, protección y seguimiento de programas sociales, tiene como objeto establecer un sistema de gestión por resultados en los sistemas de educación, salud y nutrición del país. Para procesar los desembolsos de esta operación se utilizaron los indicadores del programa de extensión de cobertura del PMSS II. Durante este programa se realizó su seguimiento y este fue un factor que impulsó el mejoramiento del Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes. En relación con los compromisos del sector salud, el Ministerio de Salud ha cumplido con los que corresponden a cada uno de los tramos establecidos.

La participación activa de la comunidad y todos aquellos agentes que prestan sus servicios a la comunidad beneficiaria de forma directa o indirecta – MSPAS, ONG, personal voluntario- para ajustar la estructura funcional y operativa de Sistema de Seguimiento y Evaluacion Concurrentes, no hubiese sido posible que los datos fuesen transformados en información. Si bien el Sistema de Información es una herramienta que agiliza y hace eficientes los procesos, sin la interacción humana no es más que un paquete de software sin ningún valor agregado real.

Como se indicó la implementación de la metodología de Auditoria Social le ha permitido desarrollar y poner en funcionamiento mecanismos de vinculación de los

beneficiarios en la valoración de los servicios con la participación las unidades del nivel central y local (áreas y distritos de salud). La sostenibilidad e impacto de estos procesos dependen en gran medida de los marcos legales e institucionales existentes. El marco legal de Guatemala concede un respaldo legal para el ejercicio de la participación social en la toma de decisiones que conciernen al destino colectivo, así como para afianzar y extender los escenarios de participación democrática en todas las esferas públicas.

Con respecto a los procesos de selección y contratación de proveedores, la DAS ha sido una unidad que ha participado activamente tanto en el diseño como en la implementación de los procesos y procedimientos, y esta es un aspecto clave para la consolidación y sostenibilidad del mecanismo de contratación de la prestación de servicios.

4.6 Lecciones aprendidas y sostenibilidad del programa de extensión de cobertura

Los factores determinantes en el cumplimiento de los objetivos de las metas de cobertura ha sido la decisión de los niveles directivos de MSPAS para garantizar el financiamiento de un Conjunto de Servicios Básicos de Salud, el capital humano con el que cuenta a través de los Equipos Básicos de Salud; la organización y participación comunitaria y el fortalecimiento de los Sistemas de Apoyo entre los que sobresale el Sistema de Información que permitió la automatización de los datos y la disponibilidad de información para la toma de decisiones y la retroalimentación del proceso.

Los aspectos que se han identificado, como relevantes, en la implementación y en la creación de las condiciones para promover su sostenibilidad son:

- Definición explicita de un conjunto de servicios de salud,
- Definición de una estructura de costos compatible con la estructura del paquete y las modalidades de entrega,
- Establecimiento de un sistema de contratación (convenio, contratos con diversos mecanismos de pago, compromiso de gestión, etc.) que asocie el financiamiento a los resultados (cambios en la cobertura de servicios y en el estado de salud de la población objetivo),
- La necesidad de conformar un equipo de trabajo que monitoree del desarrollo técnico-operativo y administrativo de la ejecución de los convenios y contratos con las organizaciones proveedoras de los servicios,
- Establecer mecanismos claros y transparentes para la medición del desempeño de las organizaciones prestadoras y establecer una alineación con los sistemas de incentivos y pago.
- Definición explícita de la población beneficiaria y del plan de expansión de la cobertura de servicios,
- Desarrollo de un mecanismo eficaz de supervisión y monitoreo de los contratos o convenios
- Desarrollo de una entidad responsable de la gestión de los contratos, de preferencia que sea parte del Ministerio de Salud para favorecer la continuidad y sostenibilidad con una visión de largo plazo.

- Combinara las lecciones aprendidas con “proveedores externos” (ONG) para ser replicados en la entrega de servicios utilizando la red institucional.

Las lecciones aprendidas en términos del sistema de información son:

- Garantizar la puesta en operación del 100% de los módulos y componentes del sistema,
- Definir los sistemas que pueden ser utilizado por los proveedores institucionales.
- Desarrollar las plataformas de conectividad adecuadas para garantizar el acceso del nivel local, distritos, áreas de salud y nivel Central.
- Integración de los procesos de registro primarios a los otros niveles de servicio del Ministerio, por medio de utilizar una estructura de datos que permita mantener el registro único de cada lugar poblado.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FUNCION ASEGURADORA DEL IGSS

Este capítulo presenta los resultados de la evaluación del Componente III del PMSS II, siguiendo el marco analítico presentado en los componentes anteriores. La estructura del capítulo consta de seis partes. La primera presenta la descripción del enfoque y las áreas de intervención del componente. La segunda sección presenta los resultados logrados por el componente a partir del inicio de su ejecución en el 2006, para las cinco áreas definidas en el Plan de Acción. En la tercera parte se presenta un balance de los resultados alcanzados y del cumplimiento de las metas de desempeño. La cuarta sección contiene la identificación de los principales problemas identificados para la ejecución. La quinta parte presenta el esquema de interacción con el IGSS y el grado de institucionalización que alcanzaron los productos y resultados y el capítulo concluye con la presentación de las principales lecciones aprendidas y las conclusiones derivadas de la ejecución del componente.

5.1 Enfoque y áreas de intervención del componente

Este componente se diseñó con el objetivo de fortalecer la función aseguradora de riesgos de salud del IGSS. Para ello el componente se proponía financiar asistencia técnica para que el IGSS modernizara su función de aseguramiento en salud en lo relacionado con su capacidad institucional, su gestión financiera y la contratación de servicios de salud.

En términos institucionales este componente buscó: (i) la definición estratégica de las funciones básicas de aseguramiento; (ii) el Inventario del Recurso Humano; (iii) el Diseño e Implementación del Plan de Cambio en la Cultura Organizacional; (iv) la Conformación de Cuadros Líderes del Cambio Organizacional; y (v) el Diseño y Desarrollo de Sistemas de Control de Gestión.

En términos de gestión financiera, el programa apoyaría: (i) el Rediseño de los Procesos Básicos de Recaudo, Afiliación y Carnetización, de Verificación y Comprobación de Derechos; (ii) el Diseño del Sistema de Información Financiera; y (iii) el Diseño de Sistemas de Control de Gestión en el Área Financiera.

En términos de contratación de Servicios de Salud, el programa apoyaría asistencia técnica para fortalecer el Departamento de Servicios Contratados del IGSS en áreas como la estructura de los contratos, la identificación de necesidades en sus usuarios, la creación de paquetes de beneficios, innovaciones en los mecanismos de pago y la negociación y seguimiento de contratos.

Como resultado final se esperó impulsar la reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS y el diseño y puesta en operación de los Sistemas de Información Financiera exigidos por la estructura organizacional adoptada.

Si bien la Reforma del Sistema de Pensiones no forma parte del Programa, dada la interdependencia financiera entre estas y el manejo financiero de los riesgos de salud, el Programa podría financiar los estudios básicos para identificar la viabilidad de reformas que afecten la prestación de Servicios de Salud y el Sistema Pensional.

5.2 Logros y resultados

Este componente tuvo un atraso desde su inicio, por la falta de decisión por parte de los miembros de la Junta Directiva del IGSS para impulsar la ejecución del componente y por la escasa coordinación entre MSPAS y el IGSS para promover su ejecución.

En año 2004 Junta Directiva analizó el programa y consideró que existía transgresión a la autonomía del IGSS por tener que realizar la canalización y administración de los recursos a través de la unidad ejecutora del programa MSPAS. Por tanto, la Junta decidió la ejecución de un plan de acción durante el año 2004 utilizando recursos propios. Al concluir dicho plan no se generaron los resultados esperados debido a insuficiencia de recursos.

Con el cambio de administración del 2005, la nueva Gerencia propone un plan de desarrollo estratégico para la modernización administrativa, previsional y de salud del IGSS, siendo éste aprobado por la Junta Directiva. Este plan formaba parte y era pieza clave para la ejecución de la Política Nacional de Competitividad. Este plan era coincidente con los objetivos y metas del componente y para formalizar su ejecución se firmó un acuerdo entre el MSPAS y el IGSS para ejecutar el componente III y se preparó un Plan de Acción a partir del segundo semestre del año 2005 con apoyo de la Unidad Ejecutora.

Con el plan definido y aprobado, el Gobierno Nacional estableció que todos los recursos que tenía el país de origen externo, debían direccionarse a la atención de la emergencia ocasionada por la tormenta tropical Stan. Por tanto, $2.0 millones de dólares se utilizaron para fortalecer el componente de extensión de cobertura y $1.368 millones para soportar la ejecución del plan de acción definido[33].

De acuerdo con el Plan de Acción formulado para el componente, se incluyeron 5 áreas básicas de intervención con 28 actividades, estas actividades contenían los aspectos incluidos en el documento de diseño del Programa.

[33] El trámite del cambio de las asignaciones presupuestales se oficializó en el 2006.

Cuadro 14
Plan de acción del IGSS para la ejecución del componente 3

SUBCOMPONENTES	ACTIVIDADES	PRODUCTOS ESPERADOS
Diseñar e implementar el Sistema Integral de Información del IGSS	Diagnosticar sistema de información existente.	Diagnóstico del sistema de información elaborado.
	Funcionamiento del módulo rápido de indicadores para toma de decisiones.	Módulo rápido de indicadores implementado y funcionando.
	Diseño del Sistema Integral	Diseño del nuevo Sistema Integral de Información
	Implementación del módulo de salud del sistema integral de información del IGSS	Módulo de salud del SII-IGSS funcionando (a partir de enero 2007)
	Implementación de los otros 3 módulos (Administrativo, financiero y pecuniario)	Implementación de los otros tres módulos funcionando (a partir de enero 2008)
Reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS	Elaboración del documento de estándares de definición de procesos, diseño de sistemas y programación de sistemas.	Documento de estándares de procesos, diseño de sistemas y programación.
	Implementación del sistema de seguridad y control central de la aplicación de software a desarrollar (SISC)	Sistema implementado y en funcionamiento, además de documentación, programas fuentes y ejecutables instalados.
	Implementación del ABC del Registro Único de Afiliados, Jubilados, Beneficiarios y Patronos, haciendo la migración requerida de datos del AS400	Documentación, diseño de sistema, programas fuentes y ejecutables instalados.
	Implementación del sistema de carga de planilla electrónica de seguridad social.	Documentación, diseño de sistema, programas fuentes y ejecutables instalados.
	Implementación del Sistema Integrado de Recaudación y Gestión (SIRG)	Documentación, diseño de sistema, programas fuentes y ejecutables instalados.
	Implementación del sistema electrónico de inversiones del seguro social.	Documentación, diseño de sistema, programas fuentes y ejecutables instalados.

	Desarrollo de herramientas para apoyo a la gestión.	Definición de herramientas, diseño de las mismas, además de programas fuentes y ejecutables instalados, enfocado a la recaudación.
Plan de organización de la Dirección de Auditoría	Elaborar el diagnóstico del área del Departamento de Auditoria de servicios de salud	Diagnóstico elaborado
	Elaborar la propuesta de organización, funcionamiento, recursos humanos y financieros necesarios, planificación, monitoreo y control de la Dirección de Auditoría General.	Contar con propuesta de organización y funcionamiento de cada Departamento de la DAG.
	Elaboración de Propuesta de Marco Regulatorio de la DAG	Propuesta elaborada
	Diseñar metodologías y un sistema que permita la aplicación de normas en la DAG	Diseño e implementación del sistema
	Elaborar una propuesta de capacitación continua al personal administrativo y profesional de la DAG.	Propuesta de capacitación presentada.
	Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos de la DAG	Manuales elaborados
Modernizar y reestructurar la gestión y procesos para la adquisición de servicios externos del IGSS, con una visión de administración desconcentrada para hacerlos transparentes, efectivos y oportunos.	Estudio, revisión y análisis de los procesos actuales del Departamento de servicios contratados	1. Contratación de servicios mediante procesos que en ley correspondan 2. Manuales de normas y procedimientos para la elaboración de los procesos de contratación. 3. Elaboración de Flujogramas. 4. Elaboración de un programa de mejoras continuas que permita la actualización de los procesos.
	Análisis del marco regulatorio vigente para la adquisición de dichos servicios	
	Propuesta de rediseño, mejora ó crea nuevos procesos en la adquisición de servicios.	
	Coordinar y armonizar con expertos informáticos para el diseño adecuado de los procesos rediseñados, mejorados o nuevos en la adquisición de servicios.	

	Establecimiento de bases de datos estructuradas de conformidad con el servicio contratado, que permita llevar un control de costos adecuado, toma de decisiones oportunas y seguimiento de los contratos.	
Coordinación y seguimiento al Componente III en el IGSS	Componente No. 3 organizado, coordinado (en sus 4 subcomponentes), monitoreado y evaluado en función de su propósito general y de los objetivos del PMSS II. Coordinación con Ministerio de Salud, BID y PNUD eficiente y eficaz.	Coordinación, Evaluación y Monitoreo, eficiente y eficaz, a efecto de alcanzar los indicadores y metas establecidas.
	Establecimiento de indicadores de desempeño y general para cada subcomponente	
	Elaboración y seguimiento del Plan Operativo Anual (2006-2008)	
	Evaluación y Monitoreo del avance físico y financiero	
	Coordinación con el PMSS-II en el MSPAS y PNUD, en forma oportuna y eficaz	

Los avances y resultados del componente se han concretado particularmente entre el periodo 2006-2007. Los resultados obtenidos en las cinco áreas definidas se detallan a continuación:

Subcomponente del Sistema Integral de Información del IGSS

Como se indicó anteriormente este subcomponente tenía a su cargo el diseño y apoyo a la implementación del nuevo Sistema Integral de Información, el cual se definió que estaría conformado por cuatro módulos: Salud, Administrativo, Financiero, y Pecuniario.

Para efectos de la implantación del Sistema de Información, como pieza básica del componente, y previo a iniciar la operativización del proyecto del Sistema Integral de Información (SII-IGSS), se determinó por el equipo ejecutor, con base en los lineamientos acordados con la Subgerencia de Planificación y Desarrollo, las siguientes fases para su desarrollo:

Fase Uno: Complementaria del Diagnóstico
Fase Dos: Diseño
Fase Tres: Implementación y Monitoreo
Fase Cuatro: Evaluación

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los subcomponentes descritos:

Diseño de Desarrollo del Subsistema de Prestaciones de Salud

La primera actividad consistió en levantar un perfil de la situación actual del manejo, procesos e instrumentos generadores de información en cada unidad médica del Instituto. Para la elaboración del diagnóstico se organizaron equipos técnicos conformados por los consultores del Programa y los asignados por la unidad médico – hospitalaria. Cada equipo definió un cronograma de actividades, para el logro del objetivo propuesto. Las acciones desarrolladas fueron:

- Estructuración de equipos de trabajo
- Definición y priorización de unidades médico hospitalarias para la realización del diagnóstico, seleccionando cinco Unidades Metropolitanas[34] y catorce Unidades Departamentales[35]
- Definición de estrategias de abordaje mediante reuniones de consenso (a nivel diario) con el equipo de consultores y con la organización de reuniones de Coordinadores de Subsistemas para presentación de avances (a nivel semanal)
- Apoyo a la gestión mediante la elaboración y presentación de propuestas de mejoras a los procesos de admisión, consulta externa, emergencia, hospitalización, servicios de apoyo, organización de las unidades de estadística, etc.

Como resultados de estas actividades se lograron los siguientes resultados para los cuatro subsistemas del SII-IGSS:

- Apoyo a la gestión técnica y administrativa de las unidades priorizadas,
- Análisis de la cultura del manejo de la información en las unidades priorizadas
- Levantamiento de análisis DOFA de las Unidades priorizadas,
- Gestión de reuniones con funcionarios de alto nivel y funcionarios técnico normativos,
- Levantamiento de Protocolos de trabajo,
- Diseño, validación e implementación del formato para el desarrollo del diagnóstico ,
- Graficación de los procesos por cada centro de producción diagnosticado,
- Preparación de instructivo para el uso del formato para el diagnóstico,
- Revisión de 1,686 instrumentos,

[34] Hospital General de Enfermedades, Hospital General de Accidentes, Hospital de Rehabilitación, Hospital de Ginecología y Centro de atención médica integral del Pensionado –CAMIP-

[35] Hospital de Escuintla, Dirección Departamental del IGSS de Escuintla, Coordinación del primer nivel de atención Escuintla, Consultorio del IGSS de Tiquisate, Escuintla, Hospital de Mazatenango, Suchitepéquez, Dirección Departamental del IGSS de Suchitepéquez, Coordinación del primer nivel de atención de Suchitepéquez, Oficina de Adscripción del IGSS de San Antonio Suchitepéquez, Oficina de Adscripción del IGSS de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, Oficina de Adscripción del IGSS de Cuyotenango, Suchitepéquez, Hospital de Accidentes del IGSS de Puerto Barrios, Izabal ,Unidades Administrativas Nivel Central: Subgerencias, Departamentos de Servicios Técnicos Centrales, Medicina Preventiva, Sección de Epidemiología, Sección Materno-Infantil, Prestaciones en Dinero, IVS, Trabajo Social, Recaudación.

- Entrevistas a 231 personas de las unidades priorizadas,
- Diagnóstico de 199 centros de producción o servicios.

Como resultado de este ejercicio la UCP destacó varias lecciones aprendidas dentro de las cuales predominan:[36]

- La existencia de un marco legal, jurídico y normativo permitió definir en una forma más clara y rápida los procesos.
- La importancia de contar con la participación y actitud positiva del personal de los diferentes niveles de las Unidades
- El involucramiento y la coordinación entre los diferentes niveles políticos, técnicos y administrativos del Instituto permitió el buen desarrollo del diagnóstico y de la consecución progresiva de las metas y objetivos.

Para la ejecución de la segunda fase de este módulo se realizó una revisión de los aspectos básicos de los procesos de atención que se relacionan con: i) Modelo de atención, ii) Estructura de la atención definida por niveles de atención, iii) Acuerdos de Junta Directiva y Gerencia del IGSS que norman la prestación de servicios.

Como resultado de las actividades anteriores se diseñaron, para los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, los siguientes formularios:

- SII-IGSS 4 A Ingreso y egreso hospitalario Enfermedad Común y Accidentes
- SII-IGSS 4 B Ingreso y egreso hospitalario Maternidad
- SII-IGSS 4 Ingreso y egreso hospitalario Neonatos
- SII-IGSS 5 Odontología
- SII-IGSS 6 Maternidad
- SII-IGSS 7 Pediatría
- SII-IGSS 8 Agenda
- SII-IGSS 9 Reporte de calidad de registro y entrega oportuna
- SII-IGSS Libro de Partos.
- SII-IGSS libro de Sala de Operaciones
- SII-IGSS 1 Enfermería Libro de ingresos- egresos
- SII-IGSS 2 Enfermería Libro de entradas y Salidas a Observación
- SII-IGSS 2 A ,2 B, 2C, 63, 64, 65,68 Enfermería Reportes del movimiento de pacientes hospitalizados.
- Registro y reporte de Vacunación
- Registro y reporte de Planificación Familiar.

Para la captura de la información para el programa de Maternidad y Pediatría se definió el Correspondiente Sistema de información Perinatal y el Sistema de Información del Niño, siendo aprobado por consenso entre los profesionales de dichas especialidades.

[36] IGSS. Avances del sistema integral de información del gis a agosto 2007

Para la morbilidad y mortalidad y para la codificación de los procedimientos de diagnóstico y tratamientos mayores y menores se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud establecida por la OMS.

Previo a la implementación se realizaron pruebas Piloto, denominadas la 1ª. Prueba Pre piloto en tres clínicas de enfermedad Común de la Periférica Zona 11, y luego la prueba Piloto, también en la Unidad Periférica de la Zona 11, durante el mes de Agosto del año 2006.

Para la fase de implementación se utilizaron los insumos de los diagnósticos, y como resultado el equipo técnico logró la puesta en operación del Sistema en el 100% de las consultas externas que atienden pacientes de los Programas de Enfermedad Común y Accidentes de las siguientes Unidades: Hospital General de Accidente, Hospital General de enfermedad Común, Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Unidad Periférica zona 11. Al segundo semestre del 2007, se han iniciado procesos de registro, captura, procesamiento y reportes del censo hospitalario de forma diaria, semanal y mensual en los Hospitales de: General de Accidente, Juan José Arévalo Bermejo, Gineco Obstetricia, Rehabilitación, Salud mental. Se han iniciado procesos de implementación de registro, captura, procesamiento y reportes de la consulta externa de Policlínica, Rehabilitación, Gineco obstetricia, Periférica zona 5 y Salud Mental. Al segundo semestre del 2007 el estado de implementación del sistema es el siguiente:

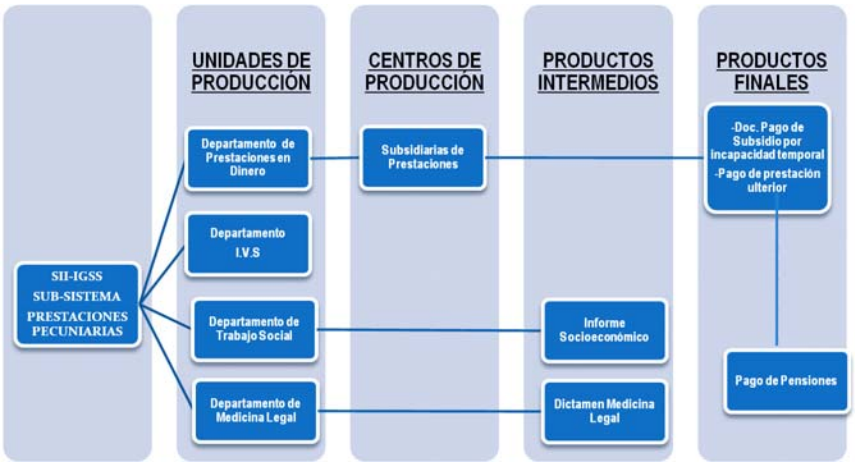
Cuadro 15
Unidades con el SIIS implementado

UNIDAD MEDICA	MÉDICOS REGISTRANDO	SECRETARIAS REGISTRANDO	ENFERMERAS REGISTRANDO
Hospital General de Accidentes	85	16	
Hospital General de enfermedad Común	84	14	200
Hospital Juan José Arévalo Bermejo	120	15	150
Unidad Periférica Zona 11	32	18	
Total	321	63	350

Diseño de desarrollo del subsistema de pecuniarios

El Diseño se circunscribe al desarrollo del Módulo de Indicadores de Gestión y la integración de la oficina Subsidiaria de prestaciones de HGEC en la automatización de la Consulta Externa.

El primer paso en el diseño del sistema consistió en la integración de los diferentes departamentos del IGSS participantes en el proceso: i) Prestaciones en dinero, ii) Medicina Legal, iii) Invalidez- Vejez y Sobre vivencia y iv) Trabajo Social. La estructura funcional del sistema se indica en el diagrama siguiente:



Para cada uno de estos departamentos se realizaron las siguientes actividades:

- Levantamiento de Unidades y Centros de Producción:
- Identificación de Productos Finales
- Identificación de Proceso Principal
- Análisis Situacional
- Propuesta de Diseño

En el cuadro siguiente se sintetizan los hallazgos y el planteamiento de diseño para cada una de estas unidades:

Cuadro 16

Avances en la implementacion del subsistema de pecuniarios

DEPARTAMENTO	PROBEMAS Y LIMITACIONES IDENTIFICADAS	ESTRUCTURA DE DISEÑO DEL SUSBSISTEMA
Prestaciones en Dinero	Sistemas operando manualmente Centralización de las Unidades Subsidiarias de Prestaciones Escasa Integración con las Unidades	El Diseño se circunscribe a: •El Módulo de Indicadores de Gestión. •La integración de la oficina Subsidiaria de prestaciones de HGEC en la automatización de la Consulta externa.

	hospitalarias Lentitud de procesos y pagos prolongados Sistema de archivo ineficiente	Se Construyen Indicadores de Gestión, en conjunto con los usuarios: •Gerenciales •Administrativos •Operativos
Medicina Legal	Procesos manuales Elaboración de informes parciales Las evaluaciones médicas solo se archivan, ni se tabulan. No hay estadísticas	Se diseña El Módulo de Indicadores y 3 Formatos de Captura de datos: “Evaluación diaria de Pacientes y Estudio de casos” “Registro diario de casos de Medicina Judicial” “Registro de casos técnico Administrativos”
Trabajo Social	Rol actual no acorde al proceso de Modernización Institucional Indicadores no pertinentes al rol de departamento Debilidad en los procesos de Gestión y liderazgo Línea jerárquica no definida Falta de estandarización de los procesos e identificación de los productos	Redefinición de Rol y procesos principales de trabajo Social Elaboración de formatos de Captura de Información Construcción de Indicadores de Gestión
Invalidez, Vejez y Sobrevivencia	Manejo manual para gran volumen d información que maneja Deficiencia de procesos	Redefinición de Rol y procesos principales Elaboración de formatos de Captura de Información Construcción de Indicadores de Gestión

Para el Departamento de Prestaciones en Dinero, se diseñó el formato para captura de datos de expedientes que retardaban el proceso de trámite, el cual se aplicó como prueba piloto en la Periférica de la zona 11, y luego al 100 % de Subsidiarias Metropolitanas, mientras se dotaba de equipo de computó para capturar mayor información. Al contar por lo menos con 2 computadoras por subsidiaria, se procedió a realizar el formato de captura "Control de Expedientes administrativos de Pago" SII-IGSS Prestaciones en dinero 1. Se realizó la Prueba piloto en HGEC en Excel, que posteriormente sería desarrollado en el software del sistema de información.

Para el caso del Departamento de Medicina Legal se realizó la consolidación de los indicadores realizados en el diagnóstico, y el diseño de tres formatos de captura:

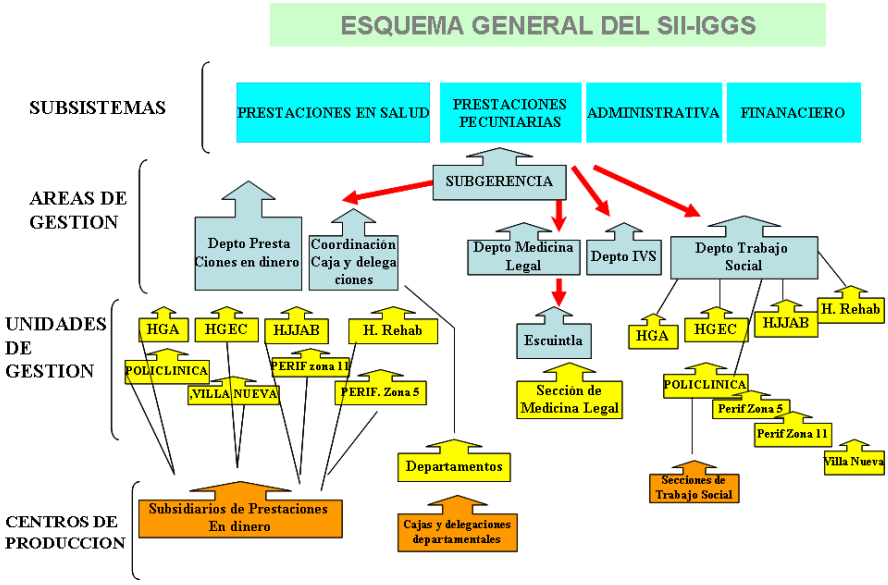
- Evaluación diaria de Pacientes y Estudio de casos SII-IGSS 3
- Registro diario de casos de Medicina Judicial SII-IGSS 5
- Registro de casos técnico Administrativos SII-IGSS 4

Para el caso del Departamento de Trabajo Social se elaboraron los siguientes formatos de captura:

- Registro y Control de Casos Trabajo Social SII-IGSS T.S-7
- Reporte y Control de Casos Trabajo Social SII-IGSS T.S 7.1
- Registro de Programas de Gestión Social y Apoyo a los Servicios de Salud SII-IGSS T.S-8
- Registro de Programas de Gestión Social y Apoyo a los Servicios Pecuniarios SII-IGSS T.S-.9

Para el caso del Departamento de Invalidez, se elaboraron los formatos de captura de información.

La estructura de operación del SIIS en la parte de pecuniarias quedó definida así:



En síntesis, la implementación de este subsistema muestra que los formatos diseñados, se han implementado en un 100% ,hasta la fase de tabulación en Excel en el Departamento de Medicina Legal, en un 80 % en todas las Unidades asistenciales metropolitanas que cuentan con Subsidiaria de Prestaciones en dinero, en un 40 % del departamento de Trabajo Social generando productos de registros, captura ,tabulación y construcción de indicadores de gestión.

Diseño de desarrollo del subsistema de administrativo

El diseño de administrativo se realizó igual que los demás subsistemas soportado en el diagnóstico y en el análisis DOFA. Los resultados para este subsistema fueron:

- Lista detallada de todos los Centros de Producción, Unidades de Gestión y Áreas de Gestión, así como de sus relaciones con el organigrama funcional de la institución, de los hospitales de Accidentes, Enfermedades, Juan José Arévalo Bermejo.
- Diseño de instrumentos de recolección de datos consensuados con los encargados de cada servicio y autoridades respectivas, con base en el listado de todos los libros y hojas de registro, así como de los formatos y formularios que cada uno de los Sub-Sistemas utiliza en la actualidad, y copia de cada uno de ellos.

El proceso de implantación inició con una serie de capacitaciones en los siguientes temas: i) Teoría General de los Sistemas de Información, ii) El diseño y la operación del Sistema Integral de Información del IGS S y iii) el uso de los Indicadores para la toma de decisiones.

Luego se efectúo la prueba Piloto en la periférica de zona 11, para proceder a realizar la validación de los siguientes 11 formularios de las áreas claves de gestión.[37] Una vez validados los formularios, se procedió con la implementación en los siguientes centros:

- Hospital General Juan José Arévalo Bermejo.
- Hospital de Gineco-Obstetricia.
- Hospital General de Enfermedades de la zona 9.
- Hospital de Rehabilitación.
- Hospital de Accidentes
- Clínica Periférica Zona 11

En el proceso de implementación en cada uno de los centros, hubo acompañamiento del equipo técnico del proyecto. También realizaron visitas de seguimiento y supervisión, cada quince días retroalimentado el proceso entre los diferentes equipos técnicos y la elaboración y presentación de informes mensuales sobre el progreso de la implementación. Adicionalmente, con el apoyo técnico del equipo de consultores del

[37] Laboratorio, Rayos X, Lavandería, Ropería, Nutrición, Farmacia, Unidosis, Mantenimiento, Recursos Humano, Servicios Varios, Inventario.

Programa se implementó la sala situacional para la solución de las dificultades encontradas y para efectuar un ejercicio de discusión y análisis de los datos, para generar la información que las diferentes áreas necesitan para la toma de decisiones.

Diseño de desarrollo del subsistema financiero

Teniendo en cuenta que desde hace varios años el IGSS ha buscado alternativas para el mejoramiento de los costos tanto a nivel metropolitano como a nivel nacional, se adoptó el Sistema de Información Gerencial –SIG- promovido por la Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Este sistema de producción, rendimiento y costos no se ha desarrollado completamente.

Como resultado de la evaluación del estado de implementación de este sistema por parte del equipo del Programa, se acordó con el IGSS fortalecer este sistema e integrarlo al SII. Luego, en coordinación con el subsistema administrativo, se llevaron a cabo reuniones con directores y personal técnico de las diferentes unidades médicas del Área Metropolitana, presentando los formularios para la recopilación de datos, ya que los mismos, alimentan los datos al sistema de costeo.

Como resultado se procedió a instalar el software en las demás unidades asistenciales que no lo tenían en funcionamiento y se organizaron capacitaciones a los profesionales y técnicos encargados del manejo y administración del SIG, en la obtención de reportes gerenciales para llevarlos a una hoja e cálculo de Excel y lograr hacer los informes e indicadores necesarios. El Programa ha realizado el monitoreo y control de la captura y calidad de los datos ingresados al sistema de costos.

El proceso de informatización del Sistema Integral de Información

El proceso de Informatización del Sistema Integral de Información del IGSS se desarrolló en tres etapas[38]:

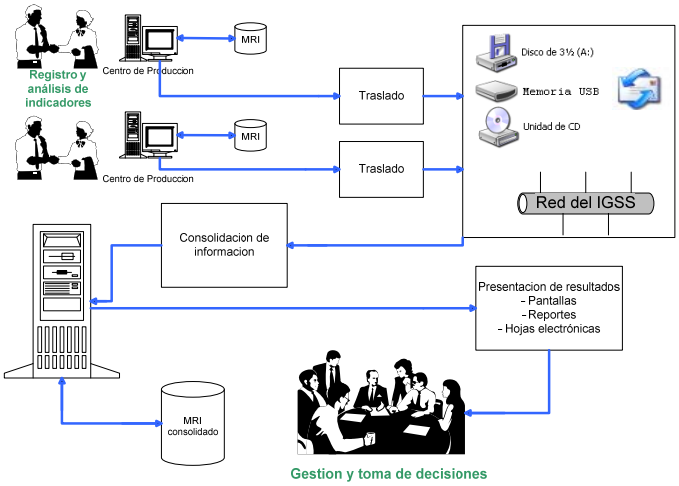
- La primera que consiste en la producción de información e indicadores relevantes con criterios estándar, con los mismos procedimientos y las mismas normas, de manera oportuna, de una manera crecientemente rápida y eficiente (etapa manual).
- En la segunda fase, la información y los indicadores serán producidos de una manera automática (etapa de informatización). Esto contribuirá a que la información tenga mayor calidad, sea más exacta y oportuna.
- En la tercera parte, todas las unidades del Instituto quedarán conectadas con el servidor central –en línea- de tal manera que se garantizará la celeridad del proceso (sistema transaccional).

La herramienta clave para brindar información fue el Módulo Rápido de Indicadores (MRI) que consiste en un grupo de indicadores de gestión claves para toma de decisiones, los que fueron desarrollados para los cuatro subsistemas (Salud,

[38] IGSS. Proceso de informatización del Sistema Integral de Información del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala, Septiembre 2007

Pecuniario, Administrativo y Financiero); por lo que la primera fase del proceso de informatización fue la creación de un Software para el MRI.

La primera etapa de informatización del MRI se realizó de junio 2006 a septiembre 2006, y como resultado se desarrolló una herramienta que se instaló como piloto en tres unidades. Se elaboró el Manual de Instalación y Manual de Usuario y se realizó la capacitación e implementación a nivel nacional en todas las Unidades Médicas. Este sistema se desarrolló en Borland C++Builder utilizando la base de datos relacional MySql versión 5.0.22. La estructura funcional de este sistema es la siguiente:



La informatización de Formularios SII-IGSS se desarrolló entre septiembre 2006 y abril 2007, las áreas incluidas fueron: Consulta Externa, Pediatría, Maternidad y Emergencia, así como los de los otros subsistemas (Pecuniario, Administrativo y Financiero). Con esta aplicación se realizó la prueba piloto (Unidad Periférica zona 11) y se replicó la experiencia en la consulta externa del Hospital General de Accidentes y Juan José Arévalo Bermejo; luego de estas experiencias, se llegó a la conclusión que era necesario realizar mejoras al Sistema de Formularios SII-IGSS.

Entre mayo y diciembre del 2007 se realizó la mejora que se centró en el formato de los reportes y en el método de almacenamiento. Los nuevos reportes generados fueron.

1. Primeras Causas de Morbilidad Primer Diagnostico
2. Reporte de Morbilidad General por Grupo Etario y Sexo (Primer Diagnóstico)
3. Reporte de Morbilidad General por Sexo y Calidad Derechohabiente (Primeras Consultas)
4. Reporte de Diagnostico R69 por Médico
5. Reporte de Producción y Rendimiento por Especialidad y Clínica
6. Reporte de Producción de Consulta Externa
7. Prescripciones de Medicamentos
8. Prescripciones de Medicamentos por Diagnósticos

La tercera etapa consistió en el desarrollo de un sistema transaccional en donde la persona que brinda el servicio es la que directamente registra la información cuando

ocurre la transacción, para ello se consideró clave dotar a las unidades de la infraestructura y equipo adecuado. En este sentido se decidió iniciar con el Área Metropolitana (que representa el aproximadamente el 80% de la producción y costos), tomando como prueba piloto la consulta externa del Hospital General de Enfermedades que será traslada a un área con la infraestructura adecuada para la implementación de este sistema.

Las macro actividades realizadas para esta etapa fueron:

- Adquisición de Requerimientos
- Análisis y Diseño de la Base de Datos
- Creación del Módulo de Admisión
- Creación del Módulo de Agenda
- Creación del Módulo de Call Center
- Creación del Módulo Médico Administrativo
- Diseño y elaboración de reportes
- Pruebas Piloto
- Capacitación
- Implementación
- Mantenimiento

Teniendo en cuenta que el plan de acción contempló tres fases en el proceso de implantación, se culminó en un 100% la primera, que consistió en el proceso manual, obteniendo el inventario de los indicadores existentes y los necesarios para la institución, en el marco del sistema de información. Esta fase es la que actualmente los centros están desarrollando. La segunda fase se encuentra en ajustes y pruebas en tres centros pilotos y la tercera fase únicamente se ha implementado como prueba piloto en la consulta externa del Hospital General de Enfermedades.

Para la implementación de esta última fase se requiere de infraestructura física (cableado estructurado, puntos de red e voz y datos, planta eléctrica, centro de cómputo, entre otros) y hardware adecuado (como computadoras, impresoras, planta telefónica, entre otros). Requerimientos que aún no están disponibles en todos los centros del IGSS y para ello, se necesita de una inversión considerable toda vez que las necesidades de infraestructura son para cada centro y las de hardware en lo que ha equipos de computo se refiere, son para cada puesto de trabajo.

En resumen los resultados del primer subcomponente, se muestran en el cuadro adjunto:

Cuadro 17

Resultados del proceso de diseño e implementación del Sistema de Información del IGSS

ACTIVIDADES	PRODUCTOS ESPERADOS	RESULTADOS
Diagnosticar sistema de información existente.	Diagnóstico del sistema de información elaborado.	Se realizaron dos acciones para lograr este producto: 1.Se efectúo el análisis DOFA. Ver archivo anexo 2. Diagnóstico de los registros utilizados en los diferentes procesos médicos y administrativos. Ver anexo XXX: Diagnóstico consolidado de registros.
Funcionamiento del módulo rápido de indicadores para toma de decisiones.	Módulo rápido de indicadores implementado y funcionando.	Se consolidó un modulo de indicadores para consulta externa, RX, farmacia, traslados y rendimiento de profesionales.
Diseño del Sistema Integral	Diseño del nuevo Sistema Integral de Información	Se realizó la estructura y el diseño del sistema integral de información.
Implementación del módulo de salud del sistema integral de información del IGSS	Módulo de salud del SII-IGSS funcionando (a partir de enero 2007)	Se realizaron tres fases de implementación: Una: el fortalecimiento de los equipos de estadística, dos: la implementación de los formularios en las unidades metropolitanas y departamentales seleccionadas y tres: Automatización desde la captura, procesamiento y reportes en el Hospital General de Accidentes
Implementación de los otros 3 módulos (Administrativo, financiero y pecuniario)	Implementación de los otros tres módulos funcionando (a partir de enero 2008)	Dentro del diagnóstico se realizó la consolidación de la información pertinente a los módulos administrativos, se diseñaron algunos formularios pero su implementación en el plan de acción está prevista para el 2008.

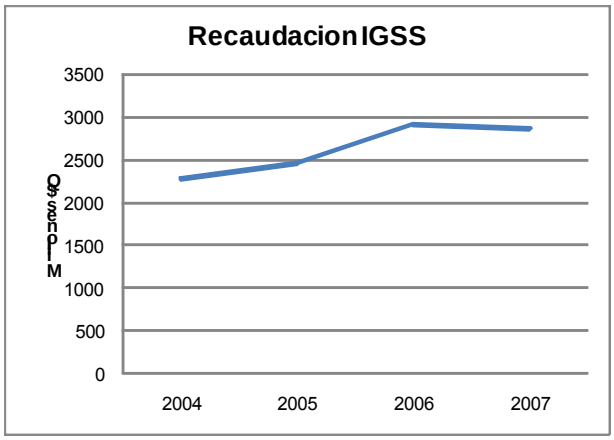
Subcomponente de reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS

Para este subcomponente se definieron un conjunto de siete actividades, la primera actividad que se desarrolló en el año 2006 fue la elaboración del documento de estándares de definición de procesos, diseño de sistemas y programación de sistemas y la Implementación del sistema de seguridad y control central de la aplicación de

software a desarrollar. Sobre la base de estos parámetros se realizó la implementación de los cuatro proyectos claves de este subcomponente:

1. Registro Único de Afiliados, Jubilados, Beneficiarios y Patronos (RUAP)
2. Sistema de carga de planilla electrónica de seguridad social
3. Sistema Integrado de Recaudación y Gestión (SIRG)
4. Recarnetizacion de afiliados

El RUAP implementado le permite al IGSS contar con un sistema de registro de afiliados y patronos que asegura la agilización de procesos, la actualización periódica de la base de datos y a mejorar la recaudación de los afiliados. Junto con el desarrollo de la plataforma informática se elaboraron los manuales de proceso para usuarios activos y los formularios para el registro de afiliados activos. Con el apoyo del programa se desarrolló la aplicación en línea para las oficinas del IGSS. Como resultado la recaudación se ha incrementado en $582 millones entre el 2004 y el 2007 y registra, un crecimiento anual promedio, del 7,6%., como lo muestra la siguiente gráfica:



En lo relacionado con la planilla electrónica de Seguridad Social, el Programa ha desarrollado una herramienta que permite a los patronos llenar y presentar las planillas de trabajadores en forma electrónica, agilizando sustancialmente los procesos y promoviendo una mayor transparencia y cobertura del sistema. Esta información permitirá contar con los datos de la historia salarial de los afiliados y en el mediano plazo compartir esta información con la Superintendencia de Administración Tributaria para fines de control de la evasión. En el año 2007 la Junta Directiva del IGSS aprobó un acuerdo que autoriza la implementación de la planilla electrónica, para apoyar este mandato se ha desarrollado un portal de servicios electrónicos como plan piloto con 6 patronos.[39]

El Sistema Integrado de Recaudación y Gestión (SIRG) permite el pago de planillas presentadas a través del Sistema Bancario, en el primer trimestre del 2008 se concluyó

[39] http://servicios.igssgt.org

la primera fase de desarrollo para generar el pago electrónico y la generación de reportes.

Con relación a la Recarnetizacion de afiliados activos se desarrollaron los formularios para el registro de los datos de los afiliados activos, y al finalizar el 2007 se contaba con 700.000 Pensionados, Jubilados y Beneficiarios, del programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia. Par este proyecto el IGSS ha dispuesto centros de Recarnetizacion ubicados en todo el país, para realizar este trámite lo antes posible. Este proceso ha permitido actualizar y complementar la información de los afiliados.

El Proceso de Recarnetizacion de los afiliados, es uno de los proyectos emprendidos como parte de la modernización del Instituto y que fue apoyado por el Programa. Este consistió en la renovación del documento de afiliación (carné) en uso, por un nuevo documento que tiene estándares de seguridad internacionales y que incorpora datos biométricos (fotografía, firma y huella electrónica), así como una banda magnética, un código de barras y un holograma, como parte de sus características. El proceso implica la validación y actualización de la información de los afiliados.

El paso inicial consistió en el desarrollo de los formularios para el registro de los datos de los afiliados activos y para el proceso se establecieron dos modalidades: i) la programada y ii) la inducida por la demanda.

La programada consiste en la Recarnetizacion de los trabajadores de los patronos que han sido contactados e invitados por el IGSS para participar del proceso programado. Lo patronos deben hacer llegar al IGSS, un archivo con la información de sus centros de trabajo y trabajadores, a través del Portal de Servicios. La validación de información y toma de datos biométricos de los trabajadores en la Recarnetizacion Programada se efectúa en cada centro o lugar de trabajo, para lo cual el IGSS coordinará con los patronos las fechas en que les visitará. La entrega de los carnés impresos será coordinada por el IGSS con el patrono, en fecha posterior, para que puedan ser recibidos por cada uno de sus trabajadores.

La Recarnetizacion por demanda se realiza a través de Centros de Atención y en las oficinas centrales del IGSS. Cada trabajador se presenta al Centro de Recarnetizacion que seleccione para su actualización de datos y toma de datos biométricos, presentando los documentos requeridos para el trámite, y una vez actualizados sus datos, al afiliado se le entregará una Constancia para Entrega de Carné, donde indica el lugar y fecha en que deberá presentarse a recogerlo.

Al finalizar el 2007 se contaba con 700.000 afiliados, del programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia. Par este proyecto el IGSS ha dispuesto centros de Recarnetizacion ubicados en todo el país, para realizar este trámite. Este proceso ha permitido actualizar y complementar la información de los afiliados. En el segundo semestre del 2007 se inició la Recarnetizacion de los Pensionados del Instituto, Jubilados del Estado y sus beneficiarios.

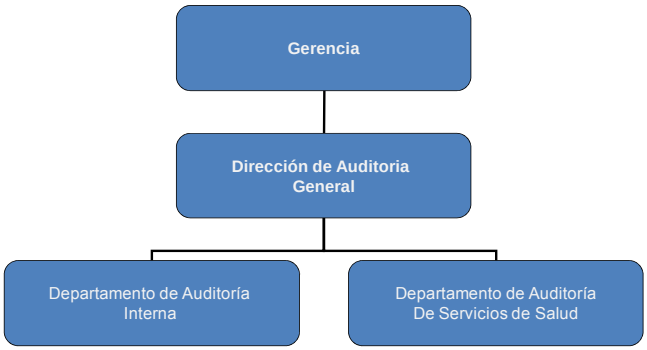
Subcomponente de organización de la dirección de auditoría

Este subcomponente definió como objetivo central organizar y estructurar con una nueva Visión y Misión los departamentos de Auditoría Interna y de Servicios de Salud

como componentes de la nueva estructura de la Dirección de Auditoría General, así como, capacitar al recurso humano y crear un nuevo marco regulatorio, para cumplir adecuadamente las funciones de apoyo a la Junta Directiva, Gerencia y a la institución.

Con base en el diagnóstico realizado en el 2006 se encontró que las actividades y procesos tanto el Departamento de Auditoría Interna (DAI) como el de Servicios de Salud (DASS), no se desarrollan de acuerdo a normas, políticas y tendencias modernas de la Auditoría Interna y Médica , derivado de ello sus productos no tienen el suficiente alcance, enfoque y profundidad requeridos, que le permitan cumplir con los planes y objetivos de una auditoría interna y de servicios de salud moderna y efectiva.[40]

El primer paso consistió en definir la estructura organizacional de los dos departamentos y para ello se propuso una estructura basada en la siguiente organización:



Para el logro de este objetivo el equipo técnico adelanto las siguientes actividades[41]:

- Definir los requisitos para el desarrollo de la capacidad instalada de la DAG, a través de sus dos departamentos de Auditoría Interna y de Servicios de Salud, dentro del marco normativo de la Contraloría General de Cuentas, del IGSS y otras regulaciones vigentes para cumplir con los estándares mínimos exigidos.
- Desarrollar el marco regulatorio de los departamentos de Auditoría Interna y de Servicios de Salud, como parte de la DAG, que incluya los nuevos procesos a implementar, así como medidas y estándares para mejorar el control interno en el IGSS.
- Diseño y ejecución del plan de capacitación para fortalecer la capacidad técnicas del personal del DAI Y DASS.

Los logros obtenidos por este subcomponente al segundo semestre del 2007 incluyen:

[40] Modernización y reestructuración del DAI y la DASS. Informe de labores. Septiembre 2007.
[41] IGSS. Plan De Trabajo Reestructuración del Departamento de Servicios Contratados.

- Elaboración del diagnóstico del Área del Departamento de Auditoria de Servicios de Salud, incluyendo el levantamiento de procesos y los flujogramas de trabajo.
- Definir, validar y socializar la propuesta de estructura organizacional que responda a las actuales y futuras exigencias del Instituto.
- Aprobación Reglamento y Manual del DAI
- Aprobación del Manual de Normas y Procedimientos DASS
- Definición de los indicadores de gestión de la DAI y la DASS
- Elaboración de la propuesta de manual de Normas y procedimientos de DASS
- Conformación de las unidades con equipos técnicos con la capacidad para desempeñar las funciones de auditoría interna y médica.
- Prestar a la Gerencia y Junta Directiva el soporte efectivo de una evaluación constante del control interno y de la calidad de atención médica como soporte para elevar el nivel asistencial y académico de las unidades de atención del IGSS.
- Conformación y apoyo al funcionamiento de los Comités de Auditoría Médica para auditar historias clínicas[42]

Los resultados con respecto al conjunto de indicadores definidos para este subcomponente se indican en el cuadro adjunto.

Cuadro 18

Cumplimiento de los indicadores de desempeño del subcomponente de organización y modernización de la Auditoria General

No.	Descripción	Avances
DAI 1	Reglamento de Reparos de Auditoría Interna	Concluido y entregado al Jefe del DAI
DAI 2	Propuesta de Reestructuración Y Modernización del DAI	Aprobado por Gerencia, pendiente Junta Directiva
DAI 3	Reglamento del DAI	Concluido y entregado al Jefe del DAI
DAI 4	Elaboración del Plan de Capacitación	Aprobado por Jefe del DAI y Gerencia, en ejecución 20%

[42] Preferencialmente a casos activos y casos concluidos de manera selectiva, pero también de la Consulta Externa, Emergencias y estancias prolongadas.

DAI 5	Manual del DAI	En proceso un 80%
DAI 6	Elaboración de los indicadores de Gestión del DAI	En revisión
DASS 1	Diagnóstico del DASS	Concluido y entregado al Jefe del DASS
DASS 2	Propuesta de Reestructuración y Modernización de DASS	Concluido y aprobado por el Jefe del DASS, pendiente presentación a Gerencia
DASS 3	Diagnóstico del Plan de Capacitación	En proceso de elaboración en un 40%
DASS 4	Elaboración de Instrumentos para fortalecer la capacidad de los Comités de Auditoría Médica	El grado de avance es de un 80%
DASS 5	Elaboración del Manual de Normas y Procedimientos	En proceso de elaboración en un 40%
DASS 6	Elaboración de los Indicadores de Gestión	En revisión

Como temas pendientes dentro de la agenda del IGSS, quedaron los siguientes:

- Autorización de la reestructuración y modernización de los Departamentos de Auditoría Interna y de Servicios de Salud,
- Publicación y puesta en vigencia de los acuerdos que aprueban el funcionamiento de reestructuración y modernización de los Departamentos de Auditoría Interna y Servicios de Salud.
- Aprobación de los reglamentos y Manuales del DAI y el DASS
- Realizar los procesos de selección, evaluación y calificación del personal que desempeñará los nuevos cargos.

Subcomponente de servicios contratados `

Este subcomponente se diseñó con el objetivo de modernizar y reestructurar la gestión de los servicios contratados en el IGSS orientados a procesos que faciliten el servicio a

los afiliados o derechohabientes, con una visión de administración desconcentrada, apoyada en herramientas informáticas para mejorar la gestión actual[43].

Este subcomponente inició su ejecución a partir de julio del 2006, con la contratación de la Coordinación y dos consultores de apoyo. Para su ejecución se definió un plan de implementación consensuado con el Departamento de Servicios Contratados.

Los principales resultados al finalizar el 2007 fueron los siguientes:

1. Levantamiento del diagnóstico de los procedimientos para la contratación de los servicios el cual reflejó los siguientes problemas:
    - Contrataciones realizadas de forma directa
    - Contrataciones sin oportunidad de competencia
    - Contrataciones sin una estructura definida para la supervisión de la prestación de los servicios
    - Contrataciones sin un contrato fundamentado en ley
    - Contrataciones carentes de difusión pública

2. Reestructuración de Departamento
    - Diseño y elaboración del Proyecto de Reestructuración del Departamento de Servicios Contratados
    - Ejecución del Plan de Reestructuración del Departamento de Servicios Contratados
    - Proceso de selección y contratación de personal técnico encargado de la ejecución y seguimiento de los procesos de adquisición de servicios técnicos

3. Formulación de propuestas para la optimización de servicios contratados:
    - Justificación al Departamento Legal del IGSS sobre el fundamento legal aplicable para la elaboración de las bases de contratación de servicios técnicos
    - Elaboración de la propuesta de bases marco conteniendo el fundamento legal aplicable
    - Elaboración de proyecto que contiene la reforma para la vigencia de los contratos (contrataciones que abarquen más de un período fiscal)
    - Preparación de herramientas de apoyo a los procesos[44]
    - Elaboración del Manual de Procedimientos para la Contratación de Servicios Técnicos bajo la modalidad de Cotización.[45]
    - Elaboración de la Propuesta del Manual de Procedimientos para la contratación de Servicios por Medio del Régimen de Licitación
    - Capacitación al personal del Departamento de Servicios Contratados que participa en los procesos de contratación de servicios técnicos
    - Apoyo a la creación de sistema de base de datos y seguimiento de expedientes.

[43] IGSS. informe del subcomponente optimización de servicios contratados. Septiembre 2007
[44] Formatos de actas para la ejecución de los procesos, Formatos de cédulas de notificación de los procesos, Boleta de recepción de ofertas y Guía detallada para la realización de los procesos para la contratación de servicios técnicos
[45] Puesto en vigencia mediante el Acuerdo No. 20/2007 de Gerencia del IGSS.

Los efectos directos más importantes de la implementación de la Unidad y los procedimientos de la Unidad de Servicios Contratados son: i) el aumento en el monto de los servicios contratados, ii) la optimización de los costos en los servicios contratados, iii) el mejoramiento en la oportunidad y calidad de los servicios y iv) la generación de nuevas reglas de juego e incentivos al desarrollo del mercado de contratación de servicios de salud.

Con respecto al incremento en monto de servicios contratados, entre el 2004 y el 2007 en el monto para los servicios contratados se ha incrementado en un 39%, y anualmente crecen a una tasa promedio del 11%, estas cifras evidencian la importancia que el IGSS ha dado a la institucionalización de los procesos de contratación de servicios. Como se indica en el anexo 4 en el año 2006 se gestionaron 23 proceso y durante el año 2007, 28 procesos.

Con relación a la optimización de costos, entre el segundo semestre del 2006 y el primer semestre del 2007 el ahorro ha sido del orden de los $Q5, 7 millones para 12 proyectos de los 51 que ha gestionado el IGSS durante este periodo. De acuerdo con las cifras del informe de labores del 2006, el Instituto adquirió servicios de exámenes y tratamientos médicos con entidades estatales, privadas y con médicos particulares por Q.206, 5 millones, el ahorro del segundo semestre representa cerca del 1% de la contratación total.

Cuadro 19

Estimación del ahorro en costos inducido por la contratación de servicios de salud 2006 - 2007

PROCESO	MONTO EN MILES DE QUETZALES
Diagnóstico y terapéuticos de la especialidad de neumología (2006)	$242,2
Hemodiálisis para pacientes de nefrología (2006)	$ 1,15,3
Administración de yodo radiactivo (2006)	$ 8,4
Diagnóstico o terapéuticos del área de urología (2006)	$248,8
Patología y citología (2006)	$28,2
Radioterapia del área de hematología y oncología (2006)	$ 316,4
Atención intrahospitalaria en el servicio de intensivo (2006)	$695,7
Cámara hiperbárica (2007 I)	$3,2
Hemodiálisis de las áreas nororiente, occidente y suroccidente del país 2007 I)	$50,4
Intervenciones quirúrgicas otorrinolaringológicas 2007 I)	$997,4
Radioterapia con cobalto 2007 I)	$90
Servicios odontológicos 2007 I)	$1632,5

Fuente: IGSS. Informe del subcomponente optimización de servicios contratados. Septiembre 2007.

Aunque no existen mediciones especificas sobre el mejoramiento de la calidad de los servicios, las entrevistas con usuarios de los servicios indican que ha mejorado la oportunidad en los servicios por efecto de la reducción de la mora quirúrgica y se evidencia que la desconcentración de los servicios por la vía de contratación de proveedores fuera de la capital (como es el caso de la hemodiálisis) ha mejorado la percepción que los usuarios tienen sobre la calidad de los servicios.

En términos de la introducción de señales para el mercado, es indudable que el IGSS ha logrado que el mercado perciba un cambios positivos en materia de i) publicidad de los procesos, ii) transparencia en la contratación de los servicios, iii) la existencia de reglas claras de aplicación general, iv) aumento de la competencia, iv) la selección con base en la prestación de servicios de calidad de los servicios, v) la garantía en la prestación de los servicios, a través de una supervisión objetiva y vi) el pago en función del desempeño y el cumplimiento de los contratos.

5.3 Balance de resultados y valoración del cumplimiento de las metas de desempeño

Teniendo en cuenta que la ejecución efectiva de este componente se inició en el año 2006, se puede considerar que su ejecución y los resultados son satisfactorios, pues en un tiempo, relativamente corto, logró iniciar todas las actividades propuestas en el plan de acción y establecer las bases para el desarrollo de las cuatro áreas básicas del componente. Junto al desarrollo de productos específicos, el Programa indujo dentro del IGSS un proceso de reorganización y de modernización, y la conformación de equipos de trabajo desarrollando procesos de cambio enmarcados dentro de objetivos claros, planes de trabajo definidos y resultados mensurables.

Como se indicó en la sección 5.1 este componente contemplaba tres ámbitos de cambio relacionados con la modernización de la función de aseguramiento, estos eran: modernizar su capacidad institucional, su gestión financiera y la contratación de servicios de salud.

Con relación al primer ámbito se propusieron cambios en materia de la definición estratégica de las funciones básicas de aseguramiento; el Diseño e Implementación del Plan de Cambio en la Cultura Organizacional; la Conformación de Cuadros Líderes del Cambio Organizacional; y el Diseño y Desarrollo de Sistemas de Control de Gestión. Estos no fueron realizados de acuerdo al diseño propuesto por varias razones: i) en el momento en el cual se diseñó la operación estos eran temas prioritarios en la agenda de transformación del IGSS para la administración correspondiente, ii) teniendo en cuenta que el componente se inició a 18 meses de terminar la ejecución del Programa, el IGSS consideró que los resultados más importantes del Programa se obtendrían en las áreas de modernización de la gestión financiera y de la contratación de servicios de salud, y iii) las áreas definidas dentro del Plan de Acción eran consistentes con la estrategia de desarrollo y modernización del IGSS, y en ese sentido el Programa se convirtió en un instrumento para apoyar esta estrategia.

Un balance de los resultados del componente con respecto a las metas de desempeño del componente indica que de las seis metas establecidas, cinco lograron un cumplimiento parcial debido a que, dado el tiempo tan corto para su ejecución, los procesos no han logrado su implementación en el 100% de las unidades.

Esta valoración muestra que la estrategia adoptada por el IGSS para garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa resultó adecuada, pues en el plazo disponible logró realizar tanto los diseños conceptuales, funcionales y operativos e iniciar el proceso de implementación y puesta en operación de los cambios, procesos y sistemas, como se muestra en el cuadro adjunto.

Cuadro 20

Valoración del cumplimiento de las metas de desempeño del Componente de Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS

META	NIVEL DE CUMPLIMIENTO			
	Satisfactorio	Parcial	Ninguno	Observaciones
Sistema Integral de Información diseñado, desarrollado e implantado.		x		Sistema de prestaciones de salud implementado en 7 unidades médicas que representan el 80% de los productos del IGSS. Diagnóstico terminado y esta implementado en unidades metropolitanas. Sistema financiero implementado en 5 unidades médicas. Sistema administrativo implementado en 7 unidades médicas.
Modernización y Automatización financiera, desarrollada e implementada.		x		Ruap Desarrollado en un 50% y funciona en línea y en oficinas del IGSS
Inventario de Recursos Humanos terminado.	x			Inventario terminado (Con fondos propios)
Servicios contratados optimizados	x			Unidad reorganizada, procesos definidos y gestión de contratación en expansión. Los ahorros estimados entre el 2006 y el 2007 se estiman en $Q5, 8 millones.
Organización y Modernización de la Auditoría General		x		Se ha realizado la restructuración y reorganización de la Auditoría Interna y de la Auditoria de Servicios. Esta pendiente la formalización y puesta en vigencia del marco normativo y procedimental

5.4 Articulación e institucionalización de los productos y resultados

El IGSS una vez que define la ejecución del Programa y su articulación con la Política Institucional, establece un vínculo entre los resultados esperados del Programa y los proyectos de Modernización de la institución.

El esquema definido por el IGSS para la ejecución del Programa consistió en la conformación de equipos de trabajo dentro de la institución liderados por un equipo de consultores de apoyo que realizó tanto el direccionamiento técnico como la coordinación operativa de los trabajos. Esta modalidad de trabajo demostró ser un esquema adecuado para la ejecución del Programa porque permitió realizar tanto la conducción como el monitoreo y seguimiento al desarrollo del plan de trabajo.

Los factores que facilitaron la articulación entre el personal del IGSS y el equipo de conducción del componente fueron:

La formulación de planes de trabajo consensuados entre los dos equipos, la definición clara de las etapas de cada uno de los proyectos y la identificación de resultados esperados. Se constituyó en un marco de acción que le dio objetividad y claridad a cada uno de los subcomponentes.

La asignación de responsables para cada una de las áreas con sus respectivos equipos de contraparte le dio un respaldo institucional a las actividades del Programa.

La conformación de un equipo técnico de conducción con conocimiento del funcionamiento del IGSS, de los procesos técnicos de cada componente y con un alto compromiso frente a la ejecución y el cumplimiento de los objetivos establecidos.

La participación continua, la actitud positiva y de colaboración del personal del IGSS se constituyó en un factor clave para cumplir con el desarrollo de cada uno de los subcomponentes.

En términos de la institucionalización de los productos y resultados del componente, en forma general, se evidencia un alto grado de institucionalización tanto desde el punto de vista de los procesos como de los resultados. Esta institucionalización se constituyó en un mandato de la Gerencia cuando estableció que una de las prioridades institucionales era "rescatar y mejorar la imagen del Instituto y generar un cambio institucional, en aras de la probidad, la transparencia y el adecuado uso de los recursos"[46]

Dado que el IGSS al 2007 registró cerca de 1,1 millón de afiliados y 1,3 millones de beneficiarios, que representan una cuarta parte de la PEA (25.6%) y el 17.8% de la población total del país, y que maneja cerca del 11,5% de presupuesto total del sector público, esta es una institución que tiene amplias conexiones e implicaciones con el Sistema de Seguridad Social, en consecuencia los resultados de este componente tendrán efectos en el mediano y largo plazo.

[46] IGSS. Informe de labores 2006

En el subcomponente de diseño e implementación del Sistema Integral de Información del IGSS, con base en diagnóstico, realizado con la participación de las diferentes unidades del instituto, se logró desarrollar y poner en funcionamiento el módulo rápido de indicadores y poner en operación del nuevo Sistema Integral de Información con la implementación de los cuatro módulos que lo conforman. Este sistema se convirtió en una herramienta de primer orden para el mejoramiento continuo y toma de decisiones acertadas para una mayor optimización de los recursos. Como se indicó anteriormente, al final del 2007, esta implantación no se había completado para el 100% de unidades. Sin embargo el desarrollo del Software requiere de una inversión en infraestructura física y hardware, en todos los centros, de lo contrario se puede llegar a tener un excelente software integral de información que no pueda ser utilizado sino en aquellos centros que logren la inversión necesaria. En este aspecto, la sostenibilidad del sistema de información dependerá de que IGSS asigne, en los próximos años, los recursos necesarios para la complementación de la plataforma tecnológica y para la expansión del sistema de información.

En el subcomponente de reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS se avanzó en la implementación de sistemas que se constituyen en proyectos importantes para la administración del Instituto como el Registro Único de Afiliados, Jubilados, Beneficiarios y Patronos, el sistema de carga de planilla electrónica de seguridad social y el Sistema Integrado de Recaudación y Gestión, estos proyectos fueron apoyados por el Programa y el IGSS continua con su implementación. Estos proyectos iniciados por el Programa tienen un carácter irreversible y la actual administración del Instituto está comprometida con su continuidad. Al igual que en el caso anterior, se requiere que el IGSS asigne los recursos para garantizar la continuidad y el mejoramiento de estos sistemas.

En el subcomponente de reorganización de la Dirección de Auditoría, este es un proyecto que se encuentra respaldado en un mandato institucional (Acuerdo 1150 y Acuerdo 1199 de Junta Directiva), aunque al finalizar el 2007 quedaba pendiente la puesta en vigencia y oficialización de los cambios en la estructura y los procesos de los nuevos Departamentos de Auditoría Interna y de Servicios de Salud. En este subcomponente, es importante destacar la participación del personal de la Dirección de Auditoría en la formulación, discusión y validación de las propuestas de cambio y de reorganización.

En el subcomponente de modernización y reestructuración de la gestión y procesos para la adquisición de servicios externos del IGSS, al igual que el anterior, cuenta con un mandato institucional, para este caso tanto la estructura como los procesos han sido incorporados dentro del esquema de gestión de contratación de servicios y se ha institucionalizado dentro del mercado mejores prácticas en materia de publicidad, competencia, negociación de precios y con una visión de administración desconcentrada para hacerla más transparente, efectiva y oportuna.

5.5 Lecciones aprendidas y conclusiones

Como resultado de la ejecución del componente del IGSS la conclusión más importante es que en el plazo disponible se logró iniciar la implementación del proceso de modernización del Instituto con la iniciación de la transformación de áreas claves de gestión.

Las principales lecciones aprendidas como resultado de la ejecución del programa:

- El diseño del Programa resultó adecuado para los retos y desafíos del IGSS y se convirtió en una herramienta para el proceso de modernización institucional.
- La modernización financiera basada en el rediseño de proceso permitió vincular la modernización tecnológica con la modernización de los procesos de gestión, en el marco de la normativa y la operación de la entidad.
- La decisión del nivel Directivo del IGSS (Junta Directiva y Gerencia) se constituyó en un aspecto fundamental para promover el proceso de cambio y para respaldar los cambios e iniciativas propuestos y para facilitar la participación activa de todos los niveles de la institución en las actividades promovidas por el Programa.
- La inserción del Programa dentro la estrategia de desarrollo institucional facilitó su ejecución e implementación.
- El diseño de instrumentos de apoyo a la ejecución del Programa resultaron en un mecanismo idóneo para orientar su ejecución y el cumplimiento de sus objetivos.
- La conformación de una “Unidad Coordinadora de Proyecto” como instancia de orientación y coordinación, le permitió a la institución conocer la mecánica de operación de operaciones de crédito, y tener el conocimiento y la experiencia en los procesos de contrataciones y licitaciones, en la administración de la operación y en la rendición de cuentas.
- Dentro de la agenda del IGSS queda pendiente el tema del diseño y puesta en operación de un sistema de gestión por resultados y de mecanismos para el control y seguimiento de Proyectos.

6. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTION HOSPITALARIA

Este capítulo presenta los resultados de la evaluación del Componente de Modernización de la Gestión Hospitalaria. Siguiendo el marco analítico presentado en los capítulos precedentes, este capítulo consta de cinco partes. La primera presenta en forma de resumen el enfoque y áreas de Intervención del Componente. La segunda sección presenta los resultados en la implementación del modelo, incluyendo una valoración a nivel de los hospitales beneficiarios. En la tercera parte se detalla los alcances en el desarrollo del Modelo PROHOSPITAL en términos de su articulación e institucionalización de los procesos de modernización. La cuarta sección revisa las principales limitaciones presentadas en la ejecución del Componente. En la quinta parte se presentan las condiciones para la Sostenibilidad del Proceso de Modernización de la Gestión Hospitalaria.

6.1 Enfoque del Componente

Uno de los problemas centrales del sector salud en Guatemala que fueron identificados durante la etapa de diseño del Programa, se relaciona con la debilidad de las estructuras de direccionamiento y gestión hospitalaria y la carencia de relación entre la asignación de recursos financieros y el desempeño de los hospitales. Como respuesta a este reto se diseñó el Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (PROHOSPITAL) como un mecanismo para aumentar la productividad y la calidad de los servicios en un conjunto de siete hospitales del MSPAS.

El componente se diseño con el objetivo final de aumentar la productividad y la calidad de los servicios en un conjunto de siete hospitales a través de mejoras en el direccionamiento, la gestión y el financiamiento de éstos. El componente incluye la fiinanciacion de servicios de asistencia tecnica para i) promover la competencia entre hospitales por recursos de inversión; ii) el desarrollo de un modelo desconcentrado de direccionamiento y gestión hospiatalaria; iii) la profundización de los esquemas de presupuestación hospitalaria en función de productividad y desempeño; iv) la modernización de la modalidad de convenios de gestión en los hospitales piloto; y v) un programa de modernización de la gestión, incluyendo recursos para la externalización de algunos servicios hospitalarios.

Con la finalidad de garantizar el cumplimiento de estos objetivos se crearia el Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (PROHOSPITAL) y una fira consultora especializada tendria a su cargo la coordinacion de la operación de PROHOSPITAL. Previo a la entrada en operación del Programa PROHOSPITAL el

programa deberia formular un Reglamento Operativo el cual serviria de marco normativo para su operación.

El esquema basico de PROHOSPITAL era poner en funcionamiento un esquema competitivo de recursos entre los hospitales, los cuales estarían destinados al mejoramiento de los procesos administrativos y clínicos del hospital, y priorizarán aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos y pediátricos y, dentro de éstas, al listado de equipos prioritarios. Para promover el funcionamiento de estee squema el MSPAS estableceria compromisos de gestión reglamentados por el programa con los hospitales beneficiarios.

6.2 El Planteamiento de PROHOSPITAL

En el marco de PROHOSPITAL , el Ministerio se encargaría de diseñar y poner en operación mecanismos para garantizar: i) la Competencia entre Hospitales por Recursos de Inversión; ii) el desarrollo de un Modelo Desconcentrado de Direccionamiento y Gestión Hospitalaria; iii) la profundización de los Esquemas de Presupuestación Hospitalaria en función de Productividad y Desempeño; iv) la Modernización de la modalidad de Convenios de Gestión en los Hospitales Piloto; y v) la Implementación de un Programa de Modernización de la Gestión, incluyendo recursos para la externalización de algunos servicios hospitalarios. Estos son los efectos finales que se evaluarán como resultado de la puesta en operación de PROHOSPITAL.

El esquema de funcionamiento del esquema de PROHOSPITAL se basaba en que cada hospital accedería a recursos de inversión, por la vía de presentación de proyectos estructurados y viabilizados por la firma consultora y previo a la entrada en operación de PROHOSPITAL el programa analizará alternativas para el financiamiento hospitalario en función de los resultados. El Reglamento Operativo de PROHOSPITAL establecería las bases para la operación de PROHOSPITAL como un fondo competitivo cuyos recursos estarán destinados al mejoramiento de la gestión, el cumplimiento de los resultados y metas de los proyectos viabilizados que se garantizarían por medio de los compromisos de gestión suscritos entre el Programa y los hospitales beneficiarios. Se escogieron siete hospitales “pilotos” como beneficiarios del programa, estos son: Cuilapa, Huehuetenango, Mazatenango, Petén, Quiché, Totonicapán y Zacapa[47]

El programa PROHOSPITAL funcionaría como fondo concursable y competitivo de carácter temporal que será administrado por la firma contratada po el MSPAS, su operación se basará en un reglamento operativo que establecerá las líneas de inversión y los criterios de evaluación para la selección de los proyectos. Estos priorizarían y promoverían el mejoramiento de los procesos administrativos y clínicos de los hospitales y mejoramiento de la calidad de los servicios materno-infantiles. Las

[47] En agosto de 2006 el MSPAS y CHC acuerdan incluir tres hospitales nuevos (Chiquimula, Jutiapa y Sololá) a los siete hospitales existentes en el Programa.

inversiones incluían asistencia técnica y equipamiento. Estas inversiones estarán dirigidas prioritariamente a mejorar la calidad.

Para lograr la modernizacion hopsitalaria PROHOSPITAL, orientaría sus acciones a implementar las Áreas Básicas definidas en el Nuevo Modelo Hospitalario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estas son: i) Gestión Hospitalaria, ii) Gestión de Recursos Humanos, iii) Gestión de Financiamiento, y iv) Gestión de Provisión de Servicios e Inversiones.

La estructura del proyecto se planteó como se indica en el diagrama siguiente:[48]

Objetivos PROHOSPITAL	Aumentar la PRODUCTIVIDAD y CALIDAD de los servicios mediante acciones de Direccionamiento, Gestión y Financiamiento
Objetivos del Modelo de Gestion	Desarrollar CAMBIOS INSTITUCIONALES para mejora la gestión y la provisión de servicios
Areas Estrategicas de Gestion	1. Gestión hospitalaria 2. Recursos Humanos 3. Financiamiento 4. Provisión de servicios 5. Inversiones

El Programa desarrollaría las Áreas Básicas a través de ocho Áreas Operativas, como se muestra en la siguiente tabla[49]:

Cuadro 21

Estructura del Modelo PROHOSPITAL

AREAS BASICAS MODELO	AREAS OPERATIVAS PROHOSPITAL
1. Gestión Hospitalaria	1. Aplicar Instrumentos Estratégicos. 2. Externalización algunos Servicios Generales 3. Implantar Normas Bioseguridad, Salud Ocupacional y Gestión de Desechos.
2. Gestión de Recursos Humanos	4. Capacitación Gerencial.
3. Gestión de Financiamiento	5. Implantar Presupuestos por Desempeño.
	6. Aumentar la Productividad

[48] CHC. Modelo de gestion PROHOSPIAL. Referencias del modelo de gestion PROHOSPITAL

[49] MSPAS. Organización y administracion del programa de mejoramiento de la gestion hospitalaria (PROHOSPITAL). Guatemla, 2001.

PMSS II. Reglamento Operativo. Agosto, 2001

4. Gestión de Provisión de Servicios	7. Mejorar la Calidad de los Servicios
5. Inversiones	8. Asignar Recursos de Inversión para Servicios Materno - Infantiles de los Hospitales.

Con estas áreas el programa PROHOSPITAL definió líneas de abordaje para cada una de ellas así:

- **Gestión Hospitalaria:** Implantación de una Estructura Organizativa innovadora y eficiente que contribuya al desarrollo autonómico de los hospitales, establecimiento de una cultura permanente de Planificación Estratégica a nivel hospitalario, establecimiento de una organización funcional basada en concepto de Gerencias Institucionales, Implantación de modalidades de acuerdos y convenios de gestión, establecimiento de un cuerpo de normas técnicas para la atención de patologías prevalentes (protocolos), desarrollo de programas de Mejoramiento de la Calidad de la Atención, incorporación de tecnologías de información como soporte para el desarrollo de procesos y toma de decisiones, establecimiento de procesos y programas de gestión de desechos hospitalarios.

- **Gestión de Recursos Humanos:** Desarrollo de programas de capacitación a directivos de hospitales, establecimiento de acuerdos con entidades nacionales e internacionales formadoras de recursos humanos de salud, para la capacitación en gestión de hospitales y servicios de salud, selección de modalidades innovadoras de contratación de personal, establecimiento de sistemas descentralizadas de gerencia de recursos humanos.

- **Gestión de Financiamiento:** El enfoque del hospital como empresa proveedora de servicios de salud dependientes del MSPAS en el contexto de red de servicios, adaptar la estructura administrativa financiera del hospital al nuevo modelo de gestión, incorporación de modalidades de convenios de gestión que regulen la relación entre el Ministerio y los Hospitales, diseño de unidades de medida sobre la base de costos.

- **Gestión de Provisión de Servicios e Inversiones:** Prestación de servicios bajo el concepto integral de atención, incorporación de nuevas modalidades de organización para la provisión de servicios, reestructurar el esquema de prestación de servicios en correspondencia con las necesidades locales, desarrollo de propuestas de cartera de servicios, mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios, determinar la capacidad de resolución de la red pública de servicios, formular programas de Mejoramiento de Calidad en los hospitales, implementar Unidades de Gestión de Usuarios que permitan verificar la satisfacción de usuarios, desarrollo de una cultura de atención con calidad en el personal de los hospitales, generar competitividad entre los hospitales, por acceder a recursos de inversión a través de la formulación de planes y proyectos de inversión en infraestructura, equipamiento y gestión de desechos.

6.3 La ejecucion del contrato de consultora de CHC

El contrato con Consultoria i Gestio Sociedad Anonima (CHC CiG) se inicio en agosto del 2006 y tuvo una duracion de su 48 meses, como se indico anterioremente, en agosto del 2006 se realizó la ampliación del contrato y se incluyeron 3 hospitales (Chiquimula, Jutiapa y Sololá).

CHC CiG conceptualizó su trabajo como una consultoría enfocada en el desarrollo de procesos de gestión con énfasis en los resultados. En este sentido, se identificaron una serie de líneas de acción orientadas a: (i) modernizar la gestión, (ii) implantar modelos de presupuestos en función del rendimiento, y (iii) asignar recursos de inversión para el fortalecimiento del recurso físico para la atención materno infantil.

En esencia, la consultoría de CHC CiG se orientó a implementar el Modelo Hospitalario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social generando una estructura organizativa con autonomía funcional definida a través de[50]:

- la Plataforma Estratégica Institucional, con sus cuerpos de Gobierno del hospital integrados en Juntas Directivas y/ó Comités Técnicos;

- El establecimiento de una cultura permanente de Planificación Estratégica. que contribuya a definir la misión, visión, objetivos del hospital;

- El establecimiento de una organización funcional basada en el concepto de Gerencia de Procesos clínicos y administrativos;

- La implantación de modalidades como Convenios de Gestión para la contratación de la prestación de servicios;

- El desarrollo de un plan de Calidad de la Atención, que incluya la satisfacción del usuario y del personal;

- La aplicación de Sistemas de Información y Decisión , en base a indicadores de producción, rendimiento, utilización de recursos y costes;

[50] CHC CiG. Informe final de consultoria. Agosto, 2008.

- Favorecer la creación de escenarios de calidad, eficiencia, competitividad en un ámbito de descentralización de decisiones con transferencia de responsabilidades del nivel central al nivel local, y

- El desarrollo de los Planes y Proyectos de Inversiones en servicios materno infantiles de los hospitales.

CHC CiG acuerda la presentación de 95 informes (41 Informes Gerenciales y 54 Informes – Productos Técnicos), para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas. Los Informes Gerenciales (41 en total) se presentarían así:

Veinte y cuatro (24) Informes Bimensuales de Avance

Ocho (8) Informes Semestrales de Ejecución

Cuatro (4) Informes Anuales de ejecución

Cuatro (4) Planes Operativos Anuales

Un (1) Informe Final

La relacion de informes técnicos por area se indica enel siguiente cuadro.

Cuadro 22

Productos técnicos por áreas

Area Estrategica	**Cantidad**
Cambios Institucionales	18
Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria	23
Sistema Información para el Seguimiento	6
Capacitación	3
Inversiones	4

Total	54

Para determinar el cumplimiento de las tareas planteadas, en el proyecto de PROHOSPITAL se desarrollarían indicadores de seguimiento (propósitos y objetivos), de desempeño (cuantitativo y cualitativo), de estructura, procesos y resultados. Estos indicadores tomaron curso a través del Sistema de Seguimiento y Evaluación (SSE), y se agruparon en seis (6) categorías así:

1. Indicadores de Propósitos
2. Indicadores de Objetivos
3. Indicadores de la Estructura Hospitalaria
4. Indicadores de Procesos
5. Indicadores de Resultados
6. Indicadores de Desempeño

Para el desarrollo de los compromisos de la Consultoría de CHC ProHospital, estructuró el plan de trabajo en cuatro etapas que en términos generales trataba de coincidir con los cuatro años de duración de la consultoría. Esta secuencia no se cumplión con dicha exactitud, debido a que a comienzos del 2004 hay cambio de Gobierno. Dichas fases fueron:

- Inducción y Difusión
- Diseño de Procesos
- Desarrollo de Procesos
- Institucionalización del Programa

La ejecucion de la consultoria se desarrolló de acuerdo con la siguiente secuencia de actividades:

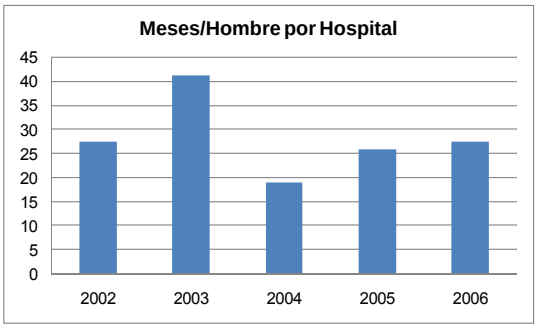
Cuadro 23

Desarrollo Operativo de la consultoria

Objetivo	Actividades
2002	
Iniciar la Consultoría (Fase 1) Presentar la propuesta de Plan de Trabajo a MSPAS.	Diseño del modelo PROHOSPITAL
2003	
Desarrollar la Fase 1 Diseñar y Difundir el modelo que sustenta el plan de trabajo para	Difundir los ejes principales de la Consultoría tanto a nivel central del Ministerio como en los 7 hospitales. Presentar el enfoque del modelo

implementar el nuevo modelo de gestión hospitalaria.	
2004	
Iniciar la Fase (Desarrollo de Procesos)	Implementar el "modelo Prohospital" Capacitar al Personal Directivo y de Servicios de los 7 hospitales. Presentar Manuales de Organización basados en procesos
2005	
Completar la Fase 2 (implementar procesos organizacionales)	Preparar Manuales de Organización y Funcionamiento de servicios hospitalarios Capacitar al personal de los servicios sobre la utilización de los manuales
2006	
Desarrollar la Fase 3 (Resultados e Institucionalización del proyecto Prohospital)	Aplicación de los Manuales a la estructura funcional de cada hospital Diseñar el sistema de seguimiento de resultados del proyecto en cada hospital Difundir los ejes principales de la Consultoría tanto a nivel central del Ministerio como en los otros hospitales del MSPAS no contemplados en el proyecto.

Para el desarrollo de los trabajos CHC estructuró un equipo de trabajo en el l Nivel Central[51] y un nivel operativo conformado por un equipo responsable de apoyo a los Hospitales e integrado por i) Un equipo de coduccion gerencial y técnica de la Consultoría, ii) personal de Apoyo administrativo y financiero, iii) agentes de cambio (Personal Técnico a nivel de cada hospital) y consultores internacionales de Corto Plazo. Durante la consultoria CHC tuvo, en promedio, 1.11 hombre/mes a nivel del personal permanente y 0.6 hombre/mes de consultores de corto plazo. De acuerdo con los informes de CHC para cada hospital, en promedio, durante la vigencia del proyecto se asignaron 28,1 meses hombre al año, lo que corresponde a 2,3 personas/año.



Para efectos de la valoracion de los resulatdos y efectos de la consuntoria, es conveniente anotar que sin desconocer la complejiad de un proceso de diseño e implementacion de un

[51] Conformado por un equipo tecnioco de apoyo de la Oficina Central de la empresa con sede en Barcelona, España

modelo de gestion hospitalaria, en este planteameinto operativo se destacan los siguientes elementos: i) La consultoria dedicó cerca de 20 meses (41%) a socilaizar el modelo a nivel central y a nivel de las instituciones participantes, ii) una parte considerable de la ejeccución se dedicó a diseñar el modelo, iii) la implementacion duró cerca de 18 meses (38%) y iv) la difusión, aunque es un aspecto importante de la implementación del modelo, tuvo un mayor peso con respecto a las actividades de acompañamiento en la operacionalizacion del modelo.

6.4 Resultados en el Mejoramiento de la gestion

La generación de cambios en la productividad y el desempeño

Para el monitoreo de la consultoría el CHC desarrolló un Sistema de Seguimiento y Evaluación (SSE), con el fin de llevar el registro de los Indicadores de Seguimiento (Propósitos y Objetivos) y los indicadores de Desempeño (Estructura Hospitalaria, Procesos, Resultados y Desempeño) de los Hospitales incluidos en el Programa.

De acuerdo con la información disponible hay registros de información desde el 2002 hasta el 2006, en el anexo 5 se presentan los datos a nivel anual para cada uno de los hospitales. Es importante aclarar que la serie 2002-6 está disponible para los siete hospitales de la primera etapa y para los tres adicionales hay datos solo para el año 2006.

En cuanto a los indicadores de producción de servicios se destacan las siguientes tendencias:

El número de consultas muestra que en todos los hospitales hay una tendencia a la disminución en el número de consultas, en los siete hospitales hay una reducción y en conjunto anualmente se redujeron en un 5%.

Cuadro 24
Indicadores de Producción de Servicios 2002 -2006

Hospital	Consultas			Emergencias			Egresos			Cirugias		
	2002	2006	%	2002	2006	%	2002	2006	%	2002	2006	%
Cuilapa	34.814	27.493	-5,9%	36.837	37.861	0,7%	10.851	12.267	3,1%	3.051	3.943	6,4%
Huehetenango	20.428	17.839	-3,4%	28.022	36.151	6,4%	11.915	15.254	6,2%	4.155	3.891	-1,6%
Mazatenango	26.905	26.012	-0,8%	29.033	38.382	7,0%	10.553	12.075	3,4%	3.307	3.470	1,2%
Peten	32.197	23.537	-7,8%	28.633	33.408	3,9%	8.161	9.461	3,7%	1.760	2.498	8,8%
Quiche	22.346	14.628	-10,6%	17.853	19.973	2,8%	6.815	9.789	9,1%	2.702	2.839	1,2%
Totonicapan	21.567	15.927	-7,6%	12.987	15.987	5,2%	6.404	6.827	1,6%	2.573	2.874	2,8%
Zacapa	37.747	34.115	-2,5%	38.425	45.450	4,2%	12.485	12.532	0,1%	3.898	2.162	-14,7%
Total	196.004	159.551	-5,1%	191.790	227.212	4,2%	67.184	78.205	3,8%	21.446	21.677	0,3%

% Tasa de crecimiento promedio por año

Las atenciones de emergencias muestran un crecimiento en todos los hospitales con una tasa promedio de aumento anual del 4,2%

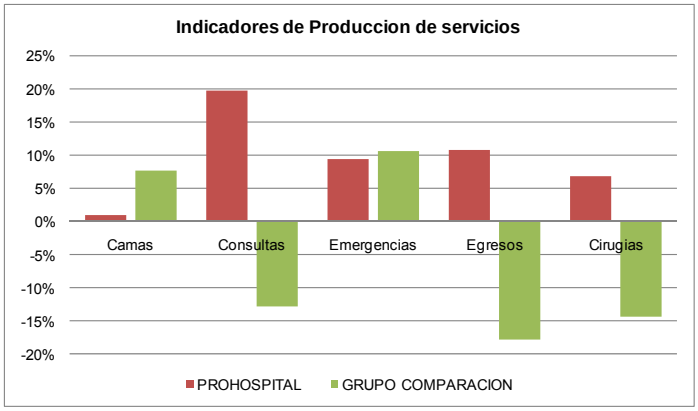
Los egresos hospitalarios muestran un crecimiento, pero con una alta variabilidad, y en promedio se aumentan en el 3,8%

Las cirugías presentan resultados mixtos y con amplia variabilidad entres los siete hospitales mientras Zacapa decrece anualmente el número de cirugías en un 14%, Peten las aumenta en un 9%. En promedio el número de cirugías se mantiene con un crecimiento del 0,3%.

Al establecer la relación entre el tamaño del hospital, medido a través del número de camas, y los resultados del crecimiento en cada uno de estos indicadores se obtuvo como resultado que no hay una correlación muy baja entre el tamaño del hospital y la tendencia de la producción de servicios, sino que por el contrario son otros los factores que explican el comportamiento y la tendencia en los indicadores de producción. Los coeficientes de correlación resultantes fueron del 2% para los egresos, del 18% para las consultas, del 32% para las cirugías y del 44% para las emergencias.

CHC realizó en el año 2007 un análisis comparativo de los resultados en términos de la producción de servicios entre los siete hospitales de PROHOSPITAL y siete hospitales testigo entre el 2005 y el 2007, que aunque son de diferente tipología sirven de marco de referencia para comparar las tendencias[52]. Los resultados obtenidos indican que los hospitales del Programa 12 meses después de haber iniciado el proceso de modernización, muestran una mejoría en los indicadores. Pero no hay una evidencia clara si este mejoramiento se debe al aumento en el registro de información o al incremento efectivo en la producción de servicios. Por otra parte, estos resultados confirman los efectos que tuvo la huelga médica del segundo semestre del 2006 en la reducción de los resultados de producción hospitalaria, como lo muestra la siguiente gráfica:

[52] CHC Informe de Análisis de los indicadores de seguimiento. Enero 2007



En cuanto a los indicadores de desempeño los resultados fueron los siguientes:

El porcentaje de ocupación permanece igual en tres hospitales y en los cuatro restantes muestra resultados mixtos y para todo el grupo el porcentaje de ocupación se aumenta en 2,1%

Cuadro 25

Indicadores de Desempeño 2002 -2006

Hospital	% de Ocupacion			Estancia Promedio			Giro cama		
	2002	2006	%	2002	2006	%	2002	2006	%
Cuilapa	74	74		4	4	-10,3%	62	71	14,5%
Huehetenango	87	87		4	3	-25,0%	82	105	28,0%
Mazatenango	76	76		3	3		83	95	14,5%
Peten	79	85	7,6%	3	3		92	95	3,6%
Quiche	73	69	-5,5%	4	3	-25,0%	68	44	-35,3%
Totonicapan	71	77	8,5%	4	4		64	76	18,8%
Zacapa	69	72	4,3%	3	3		89	90	1,1%
Total	529	540	2,1%	25	23	-9,7%	540	576	6,7%

% Porcentaje de variacion 2006-2002

Hospital	Consultas por consultorio			Cirugias por Quirofano		
	2002	2006	%	2002	2006	%
Cuilapa	4.352	2.499	-13,9%	1.526	1.972	6,4%
Huehetenango	2.270	1.739	-6,7%	1.039	973	-1,6%
Mazatenango	3.363	3.252	-0,8%	1.102	1.119	0,4%
Peten	6.439	1.811	-31,7%	880	1.249	8,8%
Quiche	2.483	1.829	-7,6%	540	568	1,3%
Totonicapan	3.081	1.593	-16,5%	643	958	10,0%
Zacapa	6.291	5.696	-2,5%	780	541	-9,1%
Total	28.279	18.419	-10,7%	6.510	7.380	3,1%

% Porcentaje de variacion 2006-2002

- La estancia promedio permanece igual en cuatro hospitales, en tres se reduce dramáticamente y en general este indicador muestra que con respecto al nivel alcanzado en el 2002 se reduce en el 10%
- El Giro cama, que muestra la eficiencia en la utilización de las camas, tienen resultados variables para todos los hospitales y en conjunto muestra una tendencia al aumento con respecto al nivel alcanzado en el 2002.
- El número de consultas por consultorio se reduce en todos los hospitales con respecto al 2002 y en promedio los hospitales reducen en un 10% en valor logrado en el 2002.
- El número de cirugías por quirófano muestra, que en promedio, el número se incrementa en un 3% con respecto al año 2002.
- La comparación del crecimiento con respecto a la capacidad, medida a través del número de camas, muestra resultados diferentes, pero que en general evidencian que la tendencia en los indicadores de desempeño no tiene relación con el tamaño de los hospitales. Por ejemplo la dinámica de la estancia no tiene una relación con el tamaño del hospital, los hospitales con mayor número de camas tienden a tener una reducción en las consultas por consultorio. La única variable que tiene una correlación significativa con el tamaño es la tendencia en el giro cama.[53]

La implantación de convenios de gestión

De acuerdo con los lineamientos de diseño del Programa de Modernización, los convenios de gestión eran el instrumento que permitiría viabilizar el proceso de cambio, mediante el establecimiento de las reglas de juego en la relación MSPAS y Hospitales. Desde el año 2004 se establecieron convenios de gestión con los Hospitales, y en el 2007 se establece un modelo de convenio que define cinco áreas básicas: Emergencias, Servicios Hospitalarios, Atención al Público, Consulta Externa, Calidad y Docencia[54], en opinión del consultor, este convenio tiene los siguientes inconvenientes:

[53] Los coeficientes de correlación obtenidos fueron del41% para el porcentaje de ocupación, del -2% para la estancia, del 64% para el giro cama, del -46% para el numero de consultas por consultorio y del 25% para el numero de cirugías por quirófano.

[54] MSPAS. Compromiso de gestión red hospitalaria nacional 2007

- No establece responsabilidades específicas para el MSPAS en el marco de la rectoría y regulación de la provisión de servicios y particularmente las obligaciones desde el punto de vista financiero.
- No tiene una vinculación definida entre el cumplimiento de las metas y la asignación de recursos
- No se ha definido un esquema de incentivos que estimule cambios en la productividad y desempeño de los hospitales en función de metas ajustadas a las características de cada hospital.
- El sistema de seguimiento tiene un definición de indicadores, pero no hay una especificación clara del funcionamiento del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación y particularmente, de cómo se utilizarán estos ejercicios para fortalecer la capacidad de aprendizaje y gestión de los hospitales.

En conclusión, esta es una primera etapa de los convenios de gestión que requiere ser fortalecida con un esquema de monitoreo que incluya la definición de instrumentos y de los procesos operativos.

6.2. Balance de resultados y valoración del cumplimiento de las metas de desempeño

El diseño y puesta en marcha de un proceso estructurado de modernización hospitalaria es uno de los aspectos positivos tanto para el MSPAS como para los hospitales, con este proyecto el Ministerio logró iniciar un proceso estructurado para inducir una organización y un cambio en el funcionamiento de los Hospitales y que sirviera da base para su replicación en el resto de instituciones que conforman la red.

Complementando lo indicado en las secciones anteriores, los principales resultados de la implementación del modelo PROHOSPITAL son los siguientes:

- El objetivo central del proyecto era aumentar la productividad y la calidad de los servicios, con la información disponible no hay una evidencia de un aumento en la productividad y en la calidad de los servicios. Con respecto a la productividad, los resultados son combinados y con una marcada variabilidad en los hospitales. La medición de estos aspectos requiere del desarrollo de sistemas apropiados que realicen la recopilación de información en un periodo de tiempo subsiguiente a la puesta en operación de los cambios en las estructuras de gestión. En el momento de la presente evaluación se dispone de información para el periodo 2002-2006.

- Los hospitales han registrado cambios objetivos en términos del enfoque de su gestión hacia empresas de servicios y en su reestructuración funcional con la puesta en vigencia de una estructura acorde con los principios y enfoque del modelo, la definición de roles y funciones en cada uno de los niveles, la definición de los niveles de autoridad y comunicación dentro de las organizaciones hospitalarias y el mejoramiento de los procesos de integración y

comunicación.

- La introducción de una cultura de servicio basada en la atención al usuario, la calidad y la satisfacción de los servicios dado que el modelo prioriza al usuario como eje de los proceso de atención.

- El desarrollo de instrumentos de gestión aplicables en la transformación y modernización de los procesos de cambio en las unidades asistenciales, administrativas y de apoyo logístico

- El mejoramiento en el registro de la información de producción de servicios y de desempeño y su utilización para fines de toma de decisiones gerenciales.

- La institucionalización de las salas de situación como un mecanismo para monitorear las tendencias en la morbilidad y mortalidad.

- El establecimiento de las bases para el mejoramiento de la gestión de información de los hospitales mediante el nombramiento de un gerente de las áreas, la implantación de un sistema informatizado de admisión y registros médicos. Aunque este se implantó desde el II semestre del 2004 en los hospitales, ha tenido un grado de desarrollo diferente en los Hospitales. Es conveniente aclarar, que este sistema es una parte del Sistema Integral de Información.

- Apoyo a los procesos de desconcentración financiera de los hospitales mediante la consolidación del procesamiento de las solicitudes de pago directamente al Ministerio de Finanzas y por otra parte la implantación del SIAFI como parte de la modernización de la gestión financiera de los hospitales.

- La formulación de planes de inversión orientados al mejoramiento de la capacidad resolutiva de los hospitales, aunque como se comentará más adelante, desvinculados de los logros en materia de gestión.

- La puesta en funcionamiento del esquema de agentes de cambio, como mecanismo operativo para coordinar e inducir los procesos de cambio y de transformación al interior de las estructuras hospitalarias.

En términos del cumplimiento de las metas de desempeño dos metas se han cumplido parcialmente y una registra cumplimiento satisfactorio.

Cuadro 26

Valoración del cumplimiento de las metas de desempeño del Componente de Modernización de la Gestión Hospitalaria

META	NIVEL DE CUMPLIMIENTO			
	Satisfactorio	Parcial	Ninguno	Observaciones
1. Modelo de Gestión Hospitalaria mejorado en 7 Hospitales piloto.		X		Se realizó la adecuación y transformación de las estructuras organizacionales de los hospitales y el desarrollo de instrumentos para la modernización. Sin embargo no están dadas las condiciones para la sostenibilidad y continuidad del proceso de modernización.
2. Rehabilitación y Equipamiento de los 7 Hospitales piloto al finalizar la Ejecución del Programa.	X			Los planes de inversión quedaron formulados con una inversión de US$5.56 millones. La ejecución está siendo adelantada por el MSPAS.
3. Integración de los Subsistemas de Información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)		X		No hay una integración completa de los subsistemas de información.

6.3. Principales limitaciones en el diseño e implementación de PROHOSPITAL

Con base en la revisión documental y en las entrevistas realizadas con los coordinadores del Programa, a continuación se mencionan las principales limitaciones presentadas en el desarrollo del componente de PROHOSPITAL:

- Durante la etapa de diseño era importante contar con información que permitiera i) conocer las capacidades reales de ejecución de un proyecto de esta naturaleza, ii) identificar los requerimientos en términos de fortalecimiento de la capacidad técnica de la unidad de hospitales, iii) conocer los requerimientos de infraestructura y equipamiento para fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de atención materno infantil.
- Los procesos de modernización hospitalaria implican dos grandes procesos de cambio, un cambio humano y un cambio técnico. El cambio humano tiene como objetivo establecer las bases para una cultura organizacional que esté en capacidad de interiorizar la puesta en marcha de una nueva organización, de unos nuevos procesos de trabajo y de unos nuevos mecanismos de gestión. Esta consultoría, dado el enfoque de los términos de referencia, priorizó el

cambio técnico y por esta razón la implementación del modelo ha sido lenta y sin los resultados esperados en términos de mejoramiento de la producción y la calidad de los servicios.

- La ejecución del modelo PROHOSPITAL no se cumplió de acuerdo al dimensionamiento de Fondo Concursable, y de esta forma no se logró establecer una vinculación efectiva entre la asignación de recursos para inversión y los resultados en términos de la gestión.
- Para garantizar la continuidad del proceso de modernización era importante establecer las bases para la sostenibilidad del Proceso, para la firma y para el MSPAS era evidente la importancia de garantizar la continuidad del proceso, pero esta preocupación no quedó plasmada en un plan de acción con visión estratégica y de largo plazo.
- La demora en los procesos de la Licitación Internacional para la contratación de la firma consultora tuvo efectos en la implementación del modelo debido a que la fase de puesta en operación del modelo coincidió con un cambio de Gobierno que implicó destinar un periodo para la presentación del proyecto para lograr su apoyo.
- Los hospitales entendieron el proyecto PROHOSPITAL como un Programa de entrega de recursos para inversión y no como un Programa estructurado para impulsar y consolidar la modernización de los Hospitales. Inclusive en algunos casos los enfoques de empresa social, orientación al usuario y prioridad a los criterios de desempeño y eficiencia se estigmatizaron con iniciativas de privatización. Es importante destacar, que durante la vigencia del Programa no se logró establecer una estrategia definida para la socialización de PROHOSPITAL que podría haber sido factible dentro de las actividades de Comunicación Social definidas en el componente 1.
- Al finalizar el 2007 los resultados de la ejecución financiera indican que del 74% de los recursos asignados que se han aplicado al componente, el 69% de los gastos corresponde a consultorías, el 19% a contratación de servicios, el 0,1% a capacitación y el 12% a equipos. Esto muestra como el Programa priorizó para este componente las actividades de consultoría, con respecto a las de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los hospitales mediante inversiones en infraestructura y equipos. En la estimación de costos del programa, al inicio de su ejecución se estimó una proporción 50/50 para los gastos en inversión y de consultoría.
- Al finalizar la consultoría, el Proyecto PROHOSPITAL tenía contratadas 61 personas de las cuales 35 estaban asignadas directamente a la conducción de procesos de transformación en los hospitales. La continuidad de estos contratistas no estaba garantizada con lo cual la sostenibilidad del Programa dependía de la disponibilidad de recursos. El valor de estos contratos era del orden de Q$7,3 millones.
- Un Programa de esta naturaleza y dimensión requería para el monitoreo de sus resultados el montaje de un sistema de seguimiento y evaluación que actuara en forma independiente al trabajo de la firma y de la Dirección de Hospitales. La firma desarrolló un sistema para fines de control de los productos de la consultoría.
- El sistema de indicadores que se definió para la consultoría se basan en la capacitación del personal, implementación de modelos y procesos, y no se

proponen objetivos específicos de indicadores de impacto y de proceso. La mayor parte son indicadores de actividades totales para la consultoría, y no para los hospitales beneficiarios.

- De acuerdo a las competencias adquiridas en la Gerencia Asistencial, Gerencia Administrativa y Financiera y Gerencia de Recursos Humanos, no se desarrollaron indicadores de Satisfacción al Usuario, e indicadores de resultado para áreas claves como Mantenimiento, Compras y Suministros.
- Un aspecto clave y que tiene relación con el diseño de la consultoría es la ausencia de un sistema de información como el eje articulador de los procesos de gestión. Como resultado de los trabajos de la firma se realizó el desarrollo de los instrumentos técnicos para impulsar el cambio en la gestión de las unidades, los cuales tuvieron un bajo nivel de implementación debido a que no existió una plataforma tecnológica que permitiera operativizar los instrumentos. En el marco de la consultoría se desarrollo el diseño conceptual y funcional del sistema de información, pero sin acciones de implementación.
- Con respecto a la implementación del modelo no se tuvo en cuenta que en cuatro de los siete hospitales el 70% de la población es indígena, y por ello se deberá desarrollar procesos que permitan un adecuado diagnóstico de la necesidades de esta, sus expectativas en la prestación de servicios, y los mecanismos que permitan retroalimentar y lograr una comunicación adecuada en la solicitud de servicios por parte de estos, así como durante la prestación de los mismos en las diferentes Instituciones de Salud.
- La inversión de los proyectos de inversión se va a ejecutar dos años después de hecho el diagnóstico, lo que hace vulnerable que cuando se ejecute, existan ya nuevos requerimientos. Po otro lado los proyectos de inversión no previeron recursos para mantenimiento.[55]
- Con respecto a la transferencia de conocimientos al MSPAS, el esquema de desarrollo de la consultoría, no facilitó la apropiación del proceso de implantación del modelo, debido a las limitaciones propias de la Dirección de Hospitales y porque el relacionamiento entre la firma y el Ministerio se establecía a través del MSPAS, y el interlocutor para la ejecución del contrato, fue la UCP. Adicionalmente, la mayor parte del equipo de supervisión hospitalaria correspondía a personal contratado por el Programa.

6.4. Sostenibilidad del proceso de modernización de la gestión hospitalaria

A través de PROHOSPITAL se ha logrado la construcción de una primera plataforma de modernización de la gestión de los hospitales pilotos a través de la reorganización y el diseño de instrumentos operativos, sin embargo el reto más importante para los próximos años en sostener y profundizar los cambios y transformaciones.

[55] La nueva operación que financia el BID incluye un mecanismo para la asignación de gastos de mantenimiento para los Hospitales.

En este contexto, para sustentar y mantener firme el proceso de Modernización de la Gestión Hospitalaria, es necesario definir una estrategia desde el MSPAS que considere los siguientes elementos:

Definir objetivos, resultados esperados, su implementación y los mecanismos de monitoreo y evaluación.

Definir un equipo a nivel central del MSPAS que sirva de espacio para la conducción y liderazgo del proceso

Establecer el perfil de salida de los hospitales en materia de gestión e identificar las áreas que faltan o que requieren de fortalecimiento

Diseñar e implementar un sistema de seguimiento y evaluación integrado a los sistemas institucionales

Establecer las implicaciones financieras teniendo como referente que el costo promedio de operación de la estructura del modelo propuesto representa un 4,5% del presupuesto de los hospitales con rangos que van del 3,2 % al 5,7%.

Revisar los contenidos de los convenios de gestión para convertirlos en instrumentos para crear un marco de incentivos al proceso de modernización de la gestión.

7. GESTIÓN DE LA UNIDAD COORDINADORA Y EJECUCION FINANCIERA

7.1 Desempeño de la unidad coordinadora del programa

En el diseño de la operación se establecían que la modalidad de ejecución del Programa priorizaría un esquema institucionalizado en el cual las Direcciones y Unidades de Línea del Ministerio asumirían la ejecución operativa y la Unidad Coordinadora prestaría apoyo técnico y asistencia en los aspectos administrativo financieros. Para ello durante la ejecución el MSPAS contó con el apoyo técnico de la UCP y de consultorías contratadas para lograr una eficaz transferencia tecnológica y la sostenibilidad institucional del Programa.

Durante la ejecución del Programa la UCP estuvo conformada por coordinadores de componente quienes servían de enlace con las Unidades de línea del MSPAS, para el caso del componente IV cuya modalidad de ejecución implicaba que la firma consultora establecía los mecanismos de articulación y coordinación con la Dirección de Hospitales, es te mecanismo resulto adecuado, pero para el caso del componente I donde se tenía un conjunto amplio de intervenciones un solo coordinador no era suficiente para establecer la adecuada integración con el Ministerio.

Un esquema que es importante considerar es el utilizado por el IGSS para la ejecución del componente, para este caso se definieron unidades o áreas estratégicas de intervención del componentes y se asignaron responsables para cada una de ellas, con un plan de trabajo y una definición especifica de resultados. En opinión del consultor este fue uno de los aspectos determinantes para lograr en el plazo de 18 meses cumplir con los productos estipulados en el Plan de Acción.

El diseño propuesto, también consideraba un mecanismo de ejecución flexible que combina dos elementos: (i) la elaboración de planes operativos anuales que serán ajustados mediante revisiones técnicas que realizará el equipo del proyecto; y (ii) el seguimiento permanente de las metas del Programa. Durante la ejecución del Programa se realizó la preparación de los POA pero esto no sirvió como mecanismo efectivo para orientar su ejecución. Durante los años 2002 y 2003 se realizó un ejercicio de programación para el componente I que funcionó parcialmente y que no se replicó para el resto de componentes. Para el caso del componente IV el Programa tuvo como referente para el seguimiento a la ejecución el POA elaborado por la firma consultora, que sirvió de instrumento de control administrativo y operativo de la firma. Otro ejemplo, de la importancia de la planificación en función de resultados es el caso del componente del IGSS, que se mencionó anteriormente.

Un aspecto que incidió positivamente, pero de forma temporal, en la ejecución del Programa fue la creación en el 2005 de la UCPyP como un espacio de coordinación y de articulación de la Cooperación Externa, bajo esta unidad se esperaba que el MSPAS absorbiera a la UCP y bajo este unidad se realizará la transferencia de conocimiento y experiencia en la ejecución del Programa, dado que la Unidad no logró consolidarse bajo el esquema planeado la UCP continuó adelantando su rol como instancia de coordinación y apoyo administrativo-financiero.

En lo relacionado con la gestión de adquisiciones, en el diseño estaba previsto que el Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM) del MSPAS estará a cargo de las adquisiciones del Programa. Para ejercer estas funciones contaría con el apoyo del grupo de apoyo administrativo y financiero de la UCP, mediante la asignación de un equipo de profesionales y el personal auxiliar requerido para su apropiada operación. Se esperaba que al finalizar la ejecución el Programa: i) Los cargos de la UCP fueran absorbidos por el MSPAS y transferidos al presupuesto de la contrapartida local y ii) el esquema propuesto mejoraría la eficiencia administrativa, reduciría el costo de operación y fortalecería la capacidad de contratación y compra de Servicios de Salud del Ministerio. De estos resultados esperados el que se logró parcialmente fue el fortalecimiento del Ministerio en la gestión de procesos de contratación de servicios y en términos prácticos no se logró establecer un trabajo unificado y coordinado entre la UCP y el DAM.

Un aspecto que incidió positivamente en la coordinación del Programa fue el seguimiento por parte del Banco, mediante misiones de administración, para analizar el desarrollo y la ejecución del Programa. Durante el periodo 2002-2006 se realizaron misiones de administración que se enfocaron en las siguientes actividades: (i) Revisión de la Ejecución y Logros del Programa; (ii) Evaluación de los Mecanismos de Ejecución y Coordinación del Programa, (iii) Revisión del Estado de Avance de los Estudios y Consultorías Contratadas; (iv) Consideración de los Ajustes Propuestos para el Plan Operativo Anual y (v) formulación de propuestas de ajuste a las Metas y Definición de Medidas Correctivas para la Adecuada Ejecución y Coordinación del Programa.

7.2 Gestión de auditoría y control interno

Teniendo en cuenta que la capacidad de control de gestión del Ministerio era un aspecto importante en la gestión del Programa para asegurar la eficiencia en los procesos administrativos y fiduciarios. En esta sección se presentan los resultados de la aplicación del SECI para el Ministerio y los resultados en la implementación de sus recomendaciones.

Para efectos de evaluar la capacidad del Ministerio, en el primer semestre de 2006 se aplicó el Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) para las Áreas de Programación de Actividades, Organización Administrativa, Administración de Personal, Administración de Bienes y Servicios, Administración Financiera, Control

Interno y Control Externo. En forma general, estas áreas presentan un desarrollo mediano y un nivel de riesgo medio. Los resultados fueron los siguientes[56]:

Cuadro 27
Resultados de la aplicación del SECI el MSPAS en el 2006

Área	Calificación	Nivel de desarrollo	Nivel de riesgo
Programación de Actividades	76,92%	Mediano	Medio
Organización Administrativa	81,82%	Satisfactorio	Bajo
Administración de Personal	85%	Satisfactorio	Bajo
Administración de Bienes y Servicios	74,07%	Mediano	Medio
Administración Financiera	87,10%	Satisfactorio	Bajo
Control Interno	62,50%	Mediano	Medio
Control Externo	66,67%	Mediano	Medio

De acuerdo con el SECI, las principales áreas de fortalecimiento institucional del MSPAS son las de Control y de Administración de Bienes y Servicios. Los principales hallazgos en términos de las áreas críticas y las acciones recomendadas por subsistema, son las siguientes:

Cuadro 28
Áreas de acción y recomendaciones del SECI

Área	Área critica	Recomendaciones
Programación de Actividades	1. Falta de procedimientos formales para el Control y Seguimiento del POA.	1. Formular Indicadores de Gestión para evaluar el avance físico financiero del POA.
	2. El POA no establece supuestos para el éxito de la programación o acciones necesarias para prevenir y mitigar los riesgos.	2a. Preparar el POA con una matriz que correlacione la MML ¿?con el POA. 2b.Realizar mediciones del desempeño con base en Indicadores de Gestión.

[56] Informe de evaluación. SECI. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Organización Administrativa	1. Falta de un Manual de Organización para la Dirección de Recursos Humanos. 2. No se han diseñado los Perfiles de Cargo para el cumplimiento de las funciones	1a. Diseñar un Manual de Organización que detalle responsabilidades, funciones, líneas de autoridad y relaciones funcionales. 1b. Divulgar el Manual de Organización a los funcionarios del MSPAS. 2. Diseñar los Perfiles de Cargos de acuerdo con la organización del MSPAS.
Administración de Personal	1. Las Políticas y Procedimientos no tienen en cuenta aspectos relacionados con: (i) la capacitación, (ii) la evaluación del desempeño y, (iii) la clasificación de cargos por nivel de remuneración.	1. Preparar un Manual o Instructivo con Normas y Procedimientos para: (i) proceso de selección, contratación, compensación y retiro de personal, (ii) inducción y entrenamiento, (iii) capacitación, (iv) evaluación del desempeño, (v) remuneración, (vi) seguridad social, e (vii) impuestos y obligaciones laborales.
Administración de Bienes y Servicios	1. El Sistema de Inventario no incluye un Programa de Cantidades Mínimas y Máximas. 2. No se han diseñado espacios físicos adecuados, según Tipo de Inventario, para su almacenamiento y control. 3. No se disponen de medidas para la Conservación, Seguridad y Manejo de los Bienes y Elementos Almacenados. 4. No se ha programado la realización de Verificaciones Periódicas de la Existencia Física de los Bienes del Inventario.	1. Diseño de Manual de Normas y Procedimientos. 2. Proveer espacio físico adecuado a volúmenes y condición. 3. Diseño de Manual de Normas y Procedimientos. 4. Incluir dentro de las Funciones de la Auditoría Interna su participación como observador y verificador de la Calidad de los Recuentos Físicos y Conciliaciones.

	5. No existe un Plan de Seguros para proteger los bienes en general. 6. No se disponen de Instrucciones precisas para Informar y tomar acción física y contable de los bienes obsoletos, dañados o perdidos. 7. No existe un Plan General de Mantenimiento para Obras y Bienes Adquiridos.	5. Considerar un Plan de Seguros del MSPAS para la protección de bienes. 6. Definir Procedimientos para: (i) toma física de inventarios, (ii) registro y movimiento de activos físicos, (iii) asignar a cada empleado los bienes bajo su responsabilidad, (iv) verificar la coincidencia de órdenes de compra-evidencia de recibo, y (v) identificar física y financieramente los activos mediante códigos apropiados. 7. Elaborar Plan de Mantenimiento.
Administración Financiera	1. No disponen de un Plan de Contingencia aprobado y una Política de Revisión Periódica que asegure el Procesamiento Continuo de la Información Financiera y Contable. 2. No está prevista la restricción formal al Centro de Cómputo. 3. Las personas responsables por la Información Financiera Institucional no están familiarizadas con los documentos AF100 y AF300. 4. Los Estados Financieros y la Información Financiera complementaria no ha sido entregada al Banco en la fecha y con la periodicidad prevista en	1. Coordinar con los técnicos de SIAF SAG la elaboración de un Plan de Contingencia que asegure el Procesamiento Continuo de la Información Financiera y Contable. 2. Establecer Procedimientos de Acceso al Centro de Cómputo. 3. Contratar consultoría para capacitar al personal responsable del Área Financiera Institucional sobre las regulaciones contenidas en los documentos AF100 y AF300. 4. Preparar un Plan con fechas específicas para dar seguimiento al cumplimiento oportuno de la Preparación y Presentación de Estados Financieros.

	el contrato.	
Control interno	1. La Unidad de Auditoría Interna del Ministerio no dispone de un Código de Conducta (ética) o instructivo equivalente. 2. No disponen de informes o equivalentes donde se evalúe la existencia del ambiente de control y que se propongan medidas para su mejoramiento. 3. No se han previsto procedimientos (oportunidad, responsables, técnicas, formulación y verificación de acciones, informes, etc.) relacionados con la Identificación y Análisis de los Riesgos (AR), tanto internos como externos para desarrollar los componentes y ejecutar las actividades del Ministerio.	1. Diseñar el Código de Conducta (ética) y formalizar Procedimientos para la Inducción y Aplicación del Código de Conducta. 2a. Diseñar y formalizar Normas (estándares e indicadores) y Procedimientos que contribuyan a la eficiencia, eficacia y transparencia operacional. 2b. Estimular la práctica de autoevaluaciones por parte de la Alta Gerencia y del personal que participa en los procesos, promoviendo un alto grado de adhesión a normas y procedimientos de control, asegurando un alto grado de transparencia y efectividad en el Ministerio (ambiente de control). 2c. Establecer Sistemas de Información incorporando Indicadores de Desempeño basados en los riesgos principales que afectan los objetivos estratégicos del Ministerio, que permitan medir los Resultados de la Gestión Presupuestaria, Financiera y Programática (POA), en forma periódica. 3a. Implementar un Proceso de Administración de Riesgos basado en la identificación de los Factores de Riesgo principales inherentes a las distintas funciones que deben ser desarrolladas por el Ministerio. 3b. El Plan de Auditoría Interna debe incluir una Evaluación de la Efectividad del Proceso de Administración de Riesgos. 3c. Asegurar la efectividad de los Procesos de Control para administrar adecuadamente los riesgos inherentes al desempeño de las funciones básicas del Ministerio.

	4. No disponen de constancias formales del personal con responsabilidad por los procesos, sobre el conocimiento y entendimiento de las actividades de control.	4a. Desarrollar procedimientos que se consideren efectivos para contribuir al alcance de los objetivos estratégicos del Ministerio, dando plena consideración a los principales riesgos que podrían afectar la consecución de tales objetivos (reputación, protección de activos, contabilidad de la información). 4b. Formalizar procedimientos para identificar las actividades de control dentro de cada proceso importante que se diseñe para el Ministerio.
	5. No disponen de constancias formales de la supervisión realizada. El Ministerio no ha identificado los procesos más importantes, pero no se dispone de evidencia que demuestre que se han definido formalmente todos los procedimientos específicos para supervisar dichos procesos.	5a. Asegurar la efectividad de los Procesos de Supervisión y Monitoreo del Sistema de Control Interno para administrar adecuadamente los riesgos inherentes al desempeño de las funciones básicas del Ministerio. 5b. Identificar e Implementar los Mecanismos de Supervisión y desarrollar un Plan de Capacitación para establecer esta capacidad en la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio.
	6. No se han previsto mecanismos para que el personal realice auto evaluaciones periódicas del funcionamiento de los controles correspondientes a sus áreas de responsabilidad.	6. Estimular la práctica de autoevaluaciones por parte de la Administración y del personal que participa en los procesos, promoviendo un alto grado de adhesión a normas y procedimientos de control, asegurando un alto grado de transparencia y efectividad en el Ministerio.
	7. No se ha formalizado la responsabilidad y acciones relacionadas con la recepción, evaluación y trámite de las iniciativas de los empleados, con relación al SECI.	7. Estimular la práctica de autoevaluaciones, por parte de la Administración y del personal que participa en los procesos, promoviendo un alto grado de adhesión y participación en el diseño de normas y procedimientos de control, asegurando un alto grado de transparencia y efectividad en la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio.

	8. Los niveles de responsabilidad y autoridad no están satisfechos con los servicios que reciben de Auditoría Interna.	8a. Contratar el personal idóneo para desempeñar la función de Auditoría Interna y formalizar la ejecución de la función de Auditoría Interna con base en las Normas de Auditoría Interna. 8b. Para el fortalecimiento de la Unidad de Auditoría Interna podría solicitarse el apoyo del Componente de Fortalecimiento que contiene el financiamiento del Banco 1221/OC-GU.
	9. No disponen de informes de Auditoría Interna o equivalentes, que revelen: (i) un ambiente de control apropiado; (ii) una práctica adecuada de evaluación de riesgos; (iii) la existencia de procedimientos de control apropiados; (iv) que el componente información y comunicación se maneja apropiadamente; y (v) la existencia de un componente de monitoreo funcionando adecuadamente.	9. Formalizar procedimientos para la emisión de informes de Auditoría Interna sobre el monitoreo con base en el enfoque COSO.
Control Externo	1. No disponen de un contrato formal o equivalente, soporte de la prestación de los Servicios de Auditoría Externa.	1. Formalizar un contrato de acuerdo con los términos de referencia previstos en los requerimientos de las normas y procedimientos de la Contraloría, ya que el convenio interinstitucional existente es muy general y carece de los términos específicos para la Auditoría.
	2. Las declaraciones de naturaleza y alcance de los Servicios de Auditoría no reflejan con claridad los beneficios que se espera obtener de este servicio.	2. Detallar en el convenio los alcances y beneficios que se esperan obtener de la Auditoría.
	3. Los Informes de Auditoría no han sido entregados en la oportunidad prevista en el convenio o en la norma legal que lo requiere.	3. Diseñar procedimientos para la Administración de los Servicios de Auditoría Externa (responsabilidades para la preparación, suministro de información, cumplimiento de fechas de compromiso, recepción de los resultados, etc.); ya que dentro del convenio interinstitucional existente no se especifican estos puntos.

De acuerdo con los hallazgos y recomendaciones del SECI el MSPAS adelantó la preparación de un Plan de Acción para la implementación de las recomendaciones de cada una de las áreas, este plan es coordinado por la Unidad de Planificación Estratégica y la Gerencia General Administrativa y Financiera. Este plan se presentó en el primer trimestre del 2007 y estaba previsto realizar evaluaciones trimestrales de su avance y cumplimiento, de las cuales no hay evidencia.
Por la importancia estratégica del área de adquisiciones, el MSPAS contrató los servicios de consultoría para el "Desarrollo Organizacional del Departamento de Adquisiciones del MSPAS, cuyos resultados, alcances y grado de implementación se indicaron en el análisis de los resultados del componente de fortalecimiento institucional.

7.3 La administración de los riesgos en la ejecución del programa

Tanto durante el diseño como en la ejecución se identificaron los principales riesgos del Programa para garantizar la sostenibilidad financiera y el logro de las metas de extensión de cobertura.

Los principales riesgos identificados fueron:

1. La viabilidad financiera del Programa de extensión de cobertura.
2. Los costos marginales crecientes en la extensión de coberturas.
3. La respuesta del sector público y privado en la contratación de servicios de salud.
4. Las debilidades organizacionales en las ONG con las que el MSPAS ha suscrito convenios.

Con respecto a la viabilidad del Programa de Extensión de Cobertura la información disponible indica que, dentro de una tendencia de largo plazo, la proporción de gastos de atención primaria con respecto al Gasto Social del Gobierno disminuye. Asimismo, al comparar la proporción del presupuesto del MSPAS dentro del PIB este se mantiene con un participación promedio de 1,1% y no registra una tendencia creciente en los últimos 15 años. Aunque el hecho de lograr una cobertura de 4,5 millones de personas implica que el MSPAS deberá asegurar la existencia de recursos para mantener el gasto requerido para sostener esta expansión de cobertura. Sin embargo, el sector no cuenta con la evidencia que le permita dimensionar las implicaciones fiscales del Programa de extensión de extensión de cobertura que le permita justificar y negociar con las instancias que toman las decisiones de presupuesto del Gobierno.

Una consideración importante a tener en cuenta en la implementación de un Programa de ampliación de cobertura es la evolución en el tiempo del costo unitario de un paquete básico de servicios. Esta evolución depende, en parte, del comportamiento del costo marginal de producción en la entrega de atenciones, a medida que se expande la cobertura geográfica y de provisión. Existen razones evidentes y basadas en la experiencia de otros países para presumir que el costo marginal aumentará, ejerciendo una presión al alza sobre el costo medio de provisión. Este aumento en el costo medio podría ser muy superior a la disminución del costo medio asociada a la distribución de

los costos fijos entre un número cada vez mayor de beneficiarios. Al extender la cobertura, el personal de salud debe incurrir esfuerzos crecientes para llegar física y culturalmente a las poblaciones más remotas, más pobres y menos educadas esto implica que el costo marginal puede aumentar significativamente a partir de un cierto nivel de cobertura. En este caso, el costo medio por beneficiario llega a un valor mínimo y luego comienza a crecer impulsado por el creciente costo marginal. Este factor de expansión en los costos no ha sido evaluado por el MSPAS y puede ser un elemento crítico en la continuidad del programa de ampliación de la cobertura de servicios.

Con relación a la respuesta del sector privado a la contratación de servicios, la experiencia del MSPAS indica que ha habido una ampliación en la oferta de proveedores debido a que el MSPAS ha creado un espacio de mercado, y ha establecido reglas del juego que definen condiciones de competencia entre los proveedores de y transparencia de los procesos de selección y contratación, aparte de un marco normativo y operativo estandarizado. Sin embargo, la respuesta del mercado no ha tenido la misma dinámica de la demanda.

Otro factor de riesgo potencial para el Programa es la capacidad institucional de los proveedores. Los resultados con la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluacion concurrentes indican que aun existe un margen amplio de mejoramiento de la capacidad organizacional y operativa de las ONG y que simultáneamente se debe fortalecer el rol de la Auditoria Social como mecanismo de evaluación de la percepción de la calidad de los servicios.

En conclusión, los riesgos en la implementación del Programa siguen siendo vigentes para garantizar su sostenibilidad. Un aspecto importante que merece ser destacado es que durante la operación del Programa no hay una evidencia de que tanto el Programa como el MSPAS hayan realizado un esfuerzo para dimensionar y administrar estos riesgos. El análisis y administración de los riesgos es una tarea que resulta de la misma ejecución y no como un ejercicio continuo y sistemático de reflexión para orientar la ejecución del Programa y para consolidar sus logros y resultados.

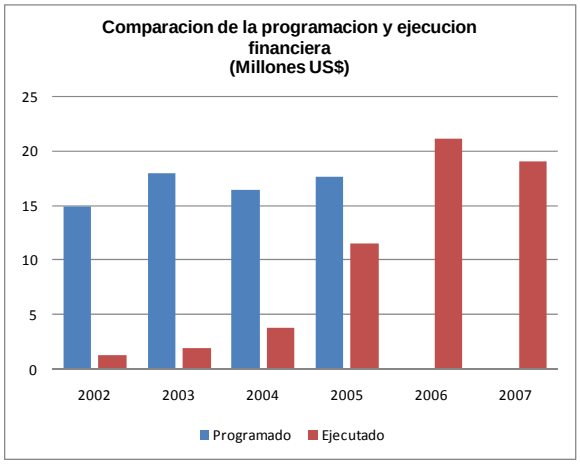
7.4 La ejecución financiera del programa

El monto asignado para la ejecución del Programa fue de US$66,86 millones de los cuales US$55,44 millones corresponden al financiamiento del Banco y US$11,42 millones a recursos de contrapartida, a Diciembre del 2007 y con base en las cifras de ejecución de la UCP, la ejecución efectiva alcanzó US$50.9 en recursos BID y US$7.7 en recursos locales, lo cual representa una ejecución acumulada del 93%. Las cifras de ejecución por componente y rubro de gasto se indican en el Anexo 7.

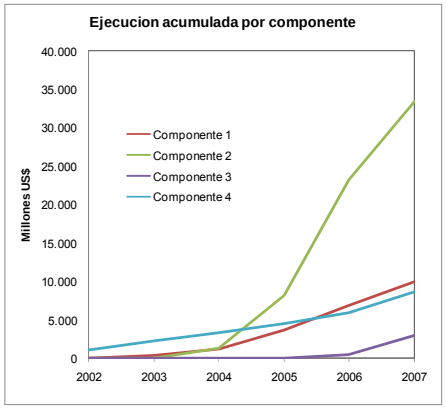
Debido a los inconvenientes que aplazaron el arranque de los componentes II y IV la ejecución financiera del Programa tuvo un desfase con respecto a su programación inicial, como se observa en el grafico adjunto, al finalizar el 2004 el Programa había alcanzado una ejecución acumulada del 12% y entre el 2005 y el 2007 ejecutó el 88% de los recursos asignados. Este es el parido fuerte de ejecución del programa,

particularmente por la implementación de la estrategia de extensión de cobertura, a través de la contratación de ONG.

En cuanto a la ejecución de los recursos programados, la ejecución estuvo por encima del 95% en los componentes 1 y 2 en los componentes 3y 4 alcanzó el 78% y 74% respectivamente.



El comportamiento de la ejecución por componentes muestra que el componente de modernización hospitalaria registró un crecimiento sostenido en su ejecución, entre el 2002 y el 2007, mientras que el componente de fortalecimiento institucional inicia su ejecución importante hacia el 2004 y el 2006 el componente del IGSS. En el gráfico adjunto se muestra el balance comparativo de la ejecución entre los cuatro componentes del Programa.



La ejecución financiera por rubros de gasto indica que el 38% de los recursos del Programa se destinaron a consultorías, el 53% a contratos de servicios dentro de los cuales se incluye la contratación de ONG, el 5% a equipos y el 2% gastos en capacitación. Es importante tener en cuenta que el 51% de los recursos estaban destinados a la financiación del Programa de Extensión de Cobertura, los gastos en consultoría corresponden al diseño y puesta en operación del modelo de gestión

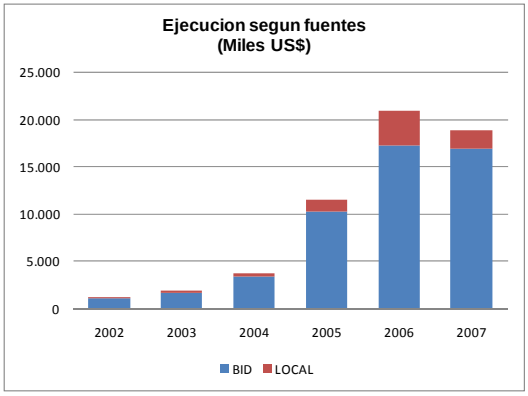
hospitalaria y a las acciones de fortalecimiento del MSPAS y de IGSS. Este comportamiento en la estructura del gasto y en su calidad está en línea con las características de diseño del Programa. En las cifras del cuadro adjunto se destaca el aumento en el rubro de contratación de servicios del 2005 al 2006, como resultado del arranque de la extensión de cobertura de servicios de salud.

Cuadro 29

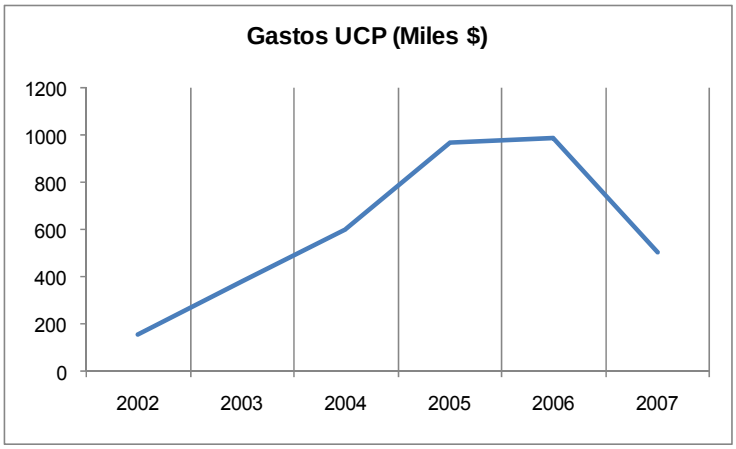
Ejecución Financiera según rubros de gasto
(Miles de US$)

Rubro	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Consultorias	1.173	1.300	1.921	5.017	7.977	4.920	22.310
Contratos de servicios	102	219	1.667	5.203	12.029	11.891	31.111
Capacitacion		146	61	278	624	147	1.256
Equipos		197	29	828	183	1.834	3.071
Gastos Operativos	10	45	116	219	209	125	724
Auditoria		12		7	20	10	50
Gastos Financieros		34				106	141
Total	1.285	1.953	3.795	11.552	21.042	19.034	58.662

El comportamiento en la ejecución según fuente de financiamiento indica que el aporte del Gobierno aumentó progresivamente, en el año 2002 fue del 6%, en el 2003 12% y en el 2006 alcanzó el 18%. En el total de los recursos ejecutados la contrapartida tuvieron una participación promedio del 13% con respecto al gasto total. El Pari Passu establecido en el contrato de préstamo era del 17% y según el ISDP de Agosto del 2007 era del 11%



En lo relacionado con el comportamiento de los gastos de administración estos representaron en promedio un 6% de la ejecución total, sin embargo en los cinco años del Programa se observa que durante el periodo 2002-2004 los costos de la UCP se incrementaron y del 2005 en adelante se estabilizaron.


Gastos UCP (Miles $)
1200
1000
800
600
400
200
0
2002
2003
2004
2005
2006
2007

8. SINTESIS Y CONCLUSIONES

Con base en la revisión y valoración de los logros y resultados de los cuatro componen entes del Programa, en este capítulo se presenta una síntesis de los resultados más relevantes que arroja la evaluación del programa. Para ello se consideran los aspectos relacionados con el diseño de la operación y su calidad en términos de la respuesta a los problemas y retos centrales del sector, la valoración del desempeño operativo del programa tanto des de el punto de vista técnico como administrativo, el cumplimiento de los indicadores y el grado de sostenibilidad de los logros y resultados del Programa.

8.1 Diseño del Programa

El objetivo central del Programa es lograr una contribución medible en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población pobre del país. Para ello el diseño abordó, desde una perspectiva integral, los principales retos en materia de política pública para la reorganización y modernización del Sector y ante todo, a sentar las bases para la continuidad del proceso paulatino de reforma que el país adelanta desde los años 90. Este programa buscaba dar una direccionalidad e impulso a la ejecución de transformaciones institucionales y financieras dentro del sector dentro de una visión de largo plazo.

Para ello el diseño establece como eje el apoyo al Programa de Extensión de Cobertura y alrededor de este lograr el fortalecimiento de la capacidad rectora y reguladora del MSPAS, desarrollar la función especializada de aseguramiento del IGSS, y modernizar la gestión de la red de hospitales se viene adelantado en varios frentes, en forma fragmentada.

Con base en el diagnostico del sector el programa se estructuró en los cuatro componentes que definen las áreas de intervención claves para profundizar el proceso de transformación y modernización del sector y su estructura es una respuesta comprensiva de la problemática los desafíos del Sector Salud. Desde este punto de vista el diseño del Programa se constituyó en un reto en el sentido que se propuso establecer una plataforma integral de cambio para promover un proceso organizado y estratégico dentro del marco de la Reforma en la que el país se ha comprometido.

Por lo tanto el diseño del Programa, aunque complejo y ambicioso, fue acertado en la medida en que daba continuidad al proceso de reforma, establecía las intervenciones en las áreas claves del sector, definía el conjunto de transformaciones institucionales y financieras para inducir un mejoramiento en la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones desprotegidas y establecía las bases para dar coherencia al proceso de reforma que se adelanta desde mediados de los noventa.

Una lección aprendida para el diseño de estas operaciones es considerar la viabilidad operativa y la capacidad del organismo ejecutor para desarrollar los requisitos previos a la implementación de los procesos de transformación, para este caso el montaje de

la Auditoria Concurrente y del modelo concursable de PROHOSPITAL no contaron con los diagnósticos de factibilidad de implementación y por ello la ejecución no estuvo enmarcada dentro de los lineamientos del diseño. Por otra parte, para un programa de esta naturaleza, es altamente recomendable contar con los sistemas de monitoreo y evaluación lo suficientemente desarrollados para garantizar un monitoreo efectivo y la generación de información oportuna y de calidad para conocer sus resultados.

8.2 Ejecución y desempeño operativo

Teniendo en cuenta que el diseño imponía varios retos desde el punto de vista de la ejecución que implicaban la coordinación entre componentes, la medición y valoración de resultados, la puesta en funcionamiento de un esquema institucionalizado y la sostenibilidad de los resultados. El mecanismo de ejecución y el desempeño operativo resultan en un factor clave en la valoración de los resultados finales del Programa y en la respuesta a estos retos que establecía el mecanismo de ejecución.

Como se ha analizado previamente, el enfoque del programa establecía un esquema institucionalizado en el que las unidades del MSPAS asumían la ejecución directa de las actividades del Programa bajo la modalidad del “doble sombrero” este esquema aunque es deseable desde el punto de vista de la apropiación e institucionalización de resultados tiene efectos en la velocidad de ejecución y en el logro de resultados.

Con varios de los actores entrevistados resulto evidente que la asignación de funciones adicionales, a las propias que establecen las funciones de su cargo, resultaban importantes y deseables desde el punto de vista de la operación, pero con limitaciones en su ejecución, debido a la insuficiencia de recurso humano.

Dos aspectos esenciales deben ser considerados en la operación del Programa. Por una parte, una característica en la ejecución fue la deficiencia en los mecanismos de coordinación entre los componentes, aunque funcionalmente estaban integrados, desde el punto de vista operativo la articulación no resulto efectiva y algunas de las evidencias que demuestran las falencias en la coordinación son: i) la no integración del DAM dentro de la estrategia de conformación de una Unidad Centralizada de Compra de Servicios, ii) la escaza integración entre el componente de modernización de hospitales y los dos componentes del MSPAS. Por otra, las actividades de coordinación de cada componente estuvieron en cabeza de una sola persona, la complejidad del componente 1, por ejemplo, requería contar con un equipo especializado, para las diferentes áreas de intervención del componente.

Como aspecto positivo en la implantación del PMSS II se destaca la integración que existió entre los planes institucionales y los contenidos temáticos del Programa. Como resultado del esquema institucionalizado, las unidades del MSPAS, en el componente 1 y 2 especialmente, utilizaron el Programa como un medio para cumplir con sus objetivos y metas institucionales. Operativamente esto se viabilizó a través de la integración de las actividades del Programa dentro de los POAS de las diferentes dependencias.

Para el caso del componente de fortalecimiento del IGSS es importante resaltar que el mecanismo de ejecución que se estableció se constituyó en un factor determinante en el cumplimiento de los objetivos del componente y en un aprendizaje para la institución sobre la forma de organizar un proyecto orientado a la producción de resultados bajo un esquema integrado a las unidades de línea y a los objetivos de desarrollo institucional.

Para el caso del componente de modernizacion de la gestión hospitalaria se destaca la modelidad de "agentes de cambio", como mecanismo operativo para coordinar e inducir los procesos de cambio y de transformación al interior de las estructuras hospitalarias.

Las lecciones aprendidas con la ejecución del PMS II indican la importancia de asegurar una adecuada coordinación entre las diferentes áreas de intervención, de establecer mecanismos que aseguren el alineamiento de estas intervenciones con los planes y programas institucionales y el establecer un balance adecuado entre la gestión institucional y el apoyo con asistencia externa. Esta es una función que le corresponde gestionar al nivel de coordinación del Programa.

8.3 Cumplimiento de objetivos

El Programa tenía como objetivos estratégico logra que la finalizar su ejecución el MPAS estuviera fortalecido en su función Reguladora y Rectora y con la Capacidad Técnica y con la credibilidad Institucional para proteger a la población frente a los más importantes factores de riesgos; el desarrollo de su Capacidad de Adquisición de Servicios de Salud por parte del MSPAS y el IGSS; el fortalecimiento de los Proveedores Públicos y Privados de Servicios Básicos de Salud; y la Transformación de los Hospitales Públicos en entidades desconcentradas con una Orientación Empresarial y con sus propias Estructuras de Direccionamiento, Gestión, y Financiamiento.

El cumplimiento de estos objetivos tiene diferentes grados de cumplimiento y en forma general, como resultado de la valoración de los resultados, se puede indicar que el Programa durante su implementación conservó la direccionalidad y el rumbo y sus logros han contribuido al logro de estos objetivos. Como se ha indicado, una de las debilidades del Programa ha sido no contar con un sistema de Seguimiento y Evaluación que permita contar con información relevante para evidenciar cuantitativamente los resultados. Aunque existe información derivada de los sistemas institucionales que permiten realizar mediciones del alcance de los resultados y logros.

Los principales logros del componente de fortalecimiento institucional del MSPAS fueron:

- Establecer las bases para el fortalecimiento de la capacidad de conducción del Ministerio, pero no se logró poner en funcionamiento la estructura técnica para garantizar el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación desde el nivel central y su operativización en los niveles subnacionales.

- Consolidar el liderazgo en el establecimiento de la agenda de salud, como plataforma para orientar el proceso de reforma

- Impulsar la puesta en operación de un nuevo modelo de gestión en las 26 áreas de salud, la implementación del SIAFI, la implementación de un Sistema de Presupuestación por resultados.
- Por otra, se evidencian escasos logros en materia de control interno, la modernización de los procesos de adquisiciones y de compra de Servicios de Salud, la puesta en funcionamiento de un Sistema Integrado de Información y en la implementación de mecanismos para el ejercicio de las funciones del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de factores de riesgo y del Sistema de Vigilancia de desastres.

Los principales logros del componente de extensión de cobertura fueron:

- La ejecución acelerada de la extensión de cobertura ha significado grandes avances en el acceso a servicios médicos y a medicamentos básicos para la población desprotegida, el aumento la cobertura de inmunizaciones, acceso a servicios el Gobierno ha logrado ampliar sustancialmente la cobertura de servicios de salud a la población pobre de 3,2 millones en el año 2004 a 4,5 millones en el 2007.

- La participación del sector privado en la entrega de servicios marca una nueva forma de trabajo en el sector salud y ha sido posible gracias a las modificaciones legales y regulatorias logradas por el MSPAS innovaciones financieras y a la creciente capacidad contractual del Ministerio. A su vez, la participación del sector privado ha significado un cambio cualitativo importante en el acceso de poblaciones que antes no tenían servicios básicos de salud en período de tiempo breve.

- Se logro implementar dos herramientas de apoyo para el monitoreo de la estrategia de extensión de cobertura: el Sistema de Seguimiento y Evaluación Concurrentes y la metodología de Auditoria Social.

Los principales logros del componente de fortalecimiento del IGSS en su capacidad aseguradora fueron:

- Cumplir en un tiempo, relativamente corto, con la implementación del componente y a la consecución de resultados medibles y articulados a la estrategia de modernización del IGSS. En consecuencia, se puede afirmar que la estrategia adoptada por el IGSS para garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa resultó adecuada, pues en el plazo disponible logró realizar tanto los diseños conceptuales, funcionales y operativos e iniciar el proceso de implementación y puesta en operación de los cambios, procesos y sistemas.

- Establecer las bases para iniciar un proceso de modernización en tres ámbitos claves: modernización de la capacidad institucional, la gestión financiera y la contratación de servicios de salud. Aunque algunos de los desarrollos de este componente quedaron en fase de implementación debido a su arranque tardío.

Los principales logros del componente de modernización de la gestión hospitalaria fueron:

- Se inició un proceso planeado y organizado orientado a mejorar el desempeño de los hospitales, aunque no se logro la implementación del modelo concursable mediante el cual se aspiraba asignar recursos de inversión en función del desempeño como medio para introducir un sistema de incentivos alternativo para los hospitales.

- Los resultados de aumento en la productividad y la calidad son combinados y se requiere de un periodo de tiempo más amplio para la maduración del proceso de cambio y su transformación en mejoras en el desempeño. Esta será una tarea que el MSPAS deberá abordar en el mediano plazo.

- Los hospitales han registrado cambios objetivos en términos del enfoque de su gestión hacia empresas de servicios y orientas hacia la calidad en la atención del usuario.

- El desarrollo de instrumentos de gestión aplicables en la transformación y modernización de los procesos de cambio en las unidades asistenciales, administrativas y de apoyo logístico

- El mejoramiento en el registro de la información de producción de servicios y de desempeño y su utilización para fines de toma de decisiones gerenciales.

Con relación a las metas de desempeño del ISPD de un total de 17 metas 6 fueron cumplidas satisfactoriamente, 10 cumplidas parcialmente y 1 no logro su cumplimiento.

Con relacion a los indiacdores del Marco Logico, que tuvieron inconvenientes en su diseño y medicion se logró establecer de los 21 indicadores del Programa 11 de ellos cumplieron las metas establecidas, 7 lograron un cumplimiento parcial, especialmente, porque no lograron un avance completo en la fase de implementación, 1 indicador no se cumplió y 2 no cuentan con información para realizar su medición.

8.4 Desafios del MSPAS

La experinecia en la ejecucion del Proma demuestra qie ell apoyo político oportuno, consistente y continuo ha sido esencial y lo seguirá siendo para consolidar y mantener las líneas de política, su puesta en práctica y los logros del PMSS II.

Uno de los aspectos criticos para la sostenibilidad del Programa es la continuidad de los cuadros técnicos encargados de la implementacion de los componentes 2 y 4, como se ha indicado previamente a Diciembre del 2007 existia un total de 61 personas contratadas como apoyo al Proyecto PROHOSPITAL de las cuales 35 estaban asignadas directamente a la conducción de procesos de transformación en los hospitales. Para el componente de extension de cobertura se tenian 109 personas contratadas. Para efectos de garantizar la transicion del ciere del programa y la incorporacion de estas funciones por las dependencias del MSPAS era necesario contar con la información que permitiera diemnsionar su impacto finnaciero y establecer las posibilidades financieras de mantener un equiopo basico de apoyo.

Con base en los resultados del PMSS II, las acciones del Ministerio se deben enfocar a apoyar la implementación de la Agenda Nacional de Salud a través de un conjunto integrado de intervenciones que promuevan la transformación del sector en los aspectos organizacionales, de financiación y de provisión de servicios.

En lo relacionado con los aspectos organizacionales el programa deberá contribuir a la solución de los problemas del sector relacionados con i) la limitada capacidad institucional del MSPAS para formular, supervisar, seguir y evaluar las políticas de salud; ii) la insuficiente capacidad técnica y jurídica del MSPAS a nivel central y regional para ejercer funciones de rectoría y regulación; iii) la inexistencia de un marco operacional que garantice una correcta alineación de incentivos para las organizaciones proveedoras de servicios públicos de salud en función del desempeño y los resultados de la gestión; iv) la ausencia de sistemas de dirección y gerencia que posibiliten un mejor desempeño organizacional de los proveedores; y v) la ausencia de una acción sistemática de educación en salud a la población que permita racionalizar la demanda y facilite la articulación de la red de servicios dentro del marco del Sistema Integral de Atención en Salud, (SIAS).

Los resultados esperados en esta área son los siguientes:

- Modernizar la gestión administrativa financiera del MSPAS
- Fortalecer el desarrollo y administración de los recursos humanos
- Impulsar el proceso de desconcentración a nivel regional
- Desarrollo de instrumentos para formulación, seguimiento y evaluación de políticas de salud
- Implantación de sistemas de gestión e información
- Desarrollo de la capacidad técnica y operativa de las regiones de salud en el marco del proceso de reorganización sectorial
- Desarrollo e implantación del marco jurídico y normativo para el ejercicio de la función rectora
- Desarrollar en el nivel central del MSPAS capacidades institucionales para diseñar y evaluar la implantación de sistemas de Inspeccion, vigilancia y control de los productos de interés sanitario
- Desarrollar en el nivel desconcentrado del MSPAS capacidades para monitorear e implantar instrumentos de inspección, vigilancia y control de los productos de interés sanitario

- Diseño, la ejecución y la evaluación de intervenciones de educación sanitaria y de participación social conducentes al desarrollo de conocimientos, actitudes y conductas saludables y la promoción de estilos de vida saludable

En lo relacionado con los aspectos de financiamiento es recomendable apoyar el proceso de reforma del sector, estableciendo las bases para la separación de funciones de financiamiento, provisión y regulación, el desarrollo de mecanismos de aseguramiento universal apoyado en la estrategia de extensión de cobertura y la implantación de mecanismos de subsidiariedad para la población con limitaciones en la capacidad de pago.

Los resultados esperados en esta área son los siguientes:

- Desarrollo de estudios básicos para la factibilidad institucional, técnica y política del proceso de reforma
- Apoyo para la creación de consenso y desarrollo de la propuesta de reforma
- Desarrollo del marco jurídico para la implementación de la reforma
- Integración del programa de extensión de cobertura dentro del esquema de financiamiento definido.

En lo relacionado con el mejoramiento en la provisión de servicios se deben realizar los esfuerzos para apoyar la extensión del modelo de gestión hospitalaria al conjunto de hospitales de la red. El Modelo PROHOSPITAL ha inducido cambios en la productividad y calidad de los servicios en siete hospitales del MSPAS mediante acciones de Direccionamiento, Gestión y Financiamiento, la implantación del modelo se ha traducido en cambios en la organización y gestión de los hospitales en las aéreas de gestión hospitalaria, recursos humanos, financiamiento y provisión de servicios. En el corto plazo el MSPAS podria apoyar i) la extensión del modelo bajo un esquema institucionalizado para comletar todos los hospitales de la red del MSPAS; ii) la implantación de incentivos la desempeño y el desarrollo de un sistema de presupuestación que priorice la productividad y eficiencia en el uso de los recursos; iii) la puesta en operación de sistemas de información sobre la gestión de los servicios de salud a nivel central y regional y iv) el desarrollo de proyectos piloto de Externalización de servicios.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE PROGRESO

GU0125 - Programa Mejoramiento Servicios Salud II
2011 2º período con cierre al (31-mar-2012)
Última Actualización del PMR: 18/11/2011

Banco Interamericano de Desarrollo - BID
Oficina de Planificación Estratégica y Efectividad en el Desarrollo
Validado por el Jefe de División:
Validado por Representante de País:

Datos Básicos

Fondos Disponibles (US$)

	Préstamo
Monto Aprobado Actual	54.394.032,75
Monto Desembolsado a la fecha	54.225.741,66
% Desembolsado	99,69
Saldo	168.291,09

Fechas

Fecha de Aprobación:	Nov 17, 1999	Fecha de Expiración Original de Desembolso:	Aug 11, 2006
Fecha de Firma:	Feb 11, 2002	Fecha de Expiración de Desembolso Actual:	Mar 30, 2011
Fecha de Efectividad del Contrato:	Feb 11, 2002	Extensión Acumulativa (meses):	56
Fecha de Elegibilidad:	Jul 2, 2002	Extensiones Especiales (meses):	
Fecha de Primer Desembolso:	Sep 30, 2002		

Datos Básicos del Proyecto

Número(s) de Préstamo:	1221/OC-GU-2;1221/OC-GU-1		
Agencia Ejecutora (AE):	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIASOCIAL		
Jefe de Equipo:	Mac Arthur, Ian William		
Tipo de Operación:	INV - Inversión	Operación(es) Relacionada(s):	
Subtipo de Operación:	ESP - Inversión Específica		
Instrumento de Crédito:	Investment		
Prestatario:	REPUBLICA DE GUATEMALA		
Sector:	HEALTH-HEALTH SERVICES		
Etapa:	Approved	Status de Proyecto:	DI

IDB-8 Mandatos del Financiamiento

(X) Inversiones en zonas pobres
(X) Refuerzo en igualdad social

IDB-9 Objetivos del Financiamiento

( ) Países pequeños y vulnerables
( ) Reducción de la pobreza y aumento de la equidad
( ) Cambio climático, energía sostenible y sostenibilidad ambiental
( ) Cooperación e integración regionales

Categoría de Impacto Ambiental y Social del Proyecto

Categoría de Impacto Ambiental y Social del Proyecto: C(R)

Evaluación (importado del DEM)

( ) Reflexiva (Antes/Después)
( ) Quasi experimental
( ) Experimental

Fuente

BID Original:	55.440.000,00
Actual BID:	54.394.032,75
Pari-passu:	84,00
Co-financiamiento/País:	10.640.000,00
Período de Amortización (meses):	300

Costo Total del Proyecto

Estimado Original: 66.080.000,00

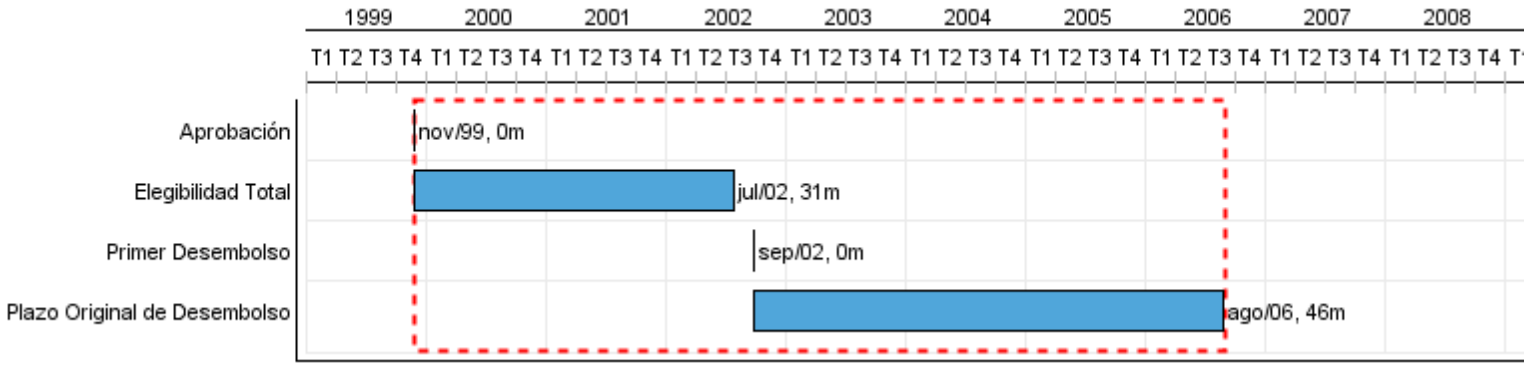
Reformulación

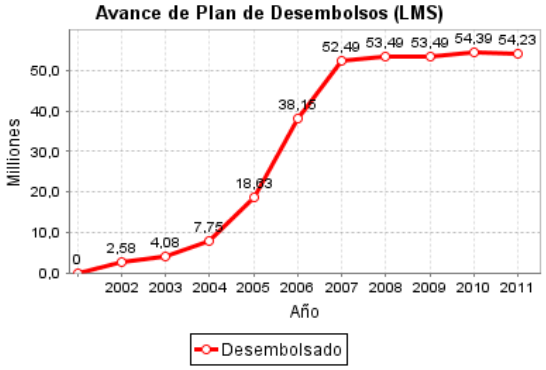
( ) ¿El objetivo (s) del proyecto fue reformulado?
Fecha de aprobación por el Directorio:

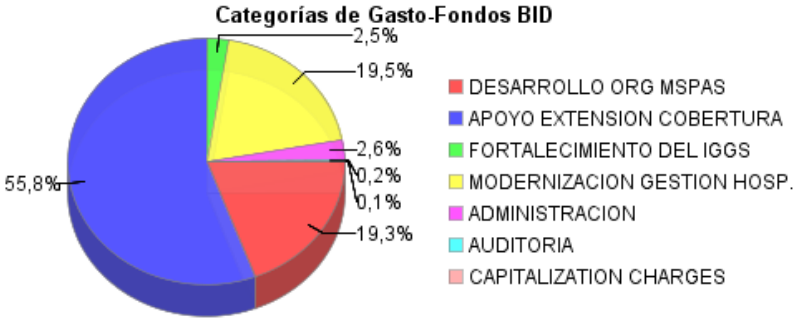
Desempeño Económico

( ) Efectividad de Costo
( ) Tasa de Retorno Económico (ERR)

Datos Básicos







Impactos

- No hay información disponible

Resultados

Resultado: Cobertura del sistema de salud mejorada.

Indicador	Unidad de Medida	Línea de base	Año Línea de base		2000	2002	2004	2005	2006	Acumulado 2007 - 2008	Fin de Proyecto
El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para protección de salud aumenta.	%			P							0,00
				A	11,62	31,78	42,24	54,19			
El número de personas nuevas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud aumenta, para el 4to año de ejecución.	millones de personas	2,90		P							0,00
				A	2,90	3,20	3,20	3,80	4,10	8,90	
75% de las embarazadas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud , recibieron al menos un control prenatal.	%			P							0,00
				A					61,50	134,39	

Resultado: Eficiencia del sistema de salud mejorado.

Indicador	Unidad de Medida	Línea de base	Año Línea de base		2000	2002	2004	2005	2006	Acumulado 2007 - 2008	Fin de Proyecto
7 hospitales piloto con promedio de ocupación mayor al 80%	# hospitales			P							0,00
				A		75,90	72,40	77,30	78,00		
7 hospitales piloto con promedio de giro de camas entre 3 y 5 dias.	# hospitales			P							0,00
				A		3,60	3,60	3,40	3,40		
Servicios contratados por el IGSS incrementado desde el 2004 hasta finalizar el programa	# servicios contratados			P							0,00
				A						40,00	

Medios de verificación y observaciones de indicadores de Resultados

Resultado: Cobertura del sistema de salud mejorada.

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones
El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para protección de salud aumenta.	%		
El número de personas nuevas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud aumenta, para el 4to año de ejecución.	millones de personas		
75% de las embarazadas cubiertas por el paquete de servicios básicos de salud , recibieron al menos un control prenatal.	%		

Resultado:	Eficiencia del sistema de salud mejorado.

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones
7 hospitales piloto con promedio de ocupación mayor al 80 %	# hospitales		
7 hospitales piloto con promedio de giro de camas entre 3 y 5 dias.	# hospitales		
Servicios contratados por el IGSS incrementado desde el 2004 hasta finalizar el programa	# servicios contratados		

Productos

Producto	Unidad de Medida			Acumulado 1999 - 2005	2006	2007	2008	2009	2011	Fin de Proyecto
Título Componente: Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.										
Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.			P							0
			A							
Hito	**Unidad de Medida**			**Acumulado 1999 - 2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2011**	**Fin de Proyecto**
El presupuesto de los servicios básicos ejecutado a través de contratos se incrementa	millones de Q		P							0
			A	260	245	268				
Al menos tres proyectos innovadores en el suministro de SBS han sido seleccionados y apoyados por el Programa.	proyecto innovador		P							3
			A			2				
100% de los contratos firmados son capitados e incluyen los protocolos establecidos.	%		P							100
			A	200	100	100	100			
Título Componente: Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.										
Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.			P							0
			A							
Hito	**Unidad de Medida**			**Acumulado 1999 - 2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2011**	**Fin de Proyecto**
Inventario de Recursos Humanos del IGSS terminado.	un inventario		P							1
			A			1				
El Sistema Integral de Información (I-GSS) diseñado, desarrollado e implentado.	%		P							100
			A			80	100			
Modernización y automatización financiera diseñada, desarrollada e implementada.	%		P							100
			A			80	100			
Plan de Organización y Modernización de la Auditoria General implementado	%		P							100
			A			80	100			
Título Componente: Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.										
Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.			P							0
			A							
Hito	**Unidad de Medida**			**Acumulado 1999 - 2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2011**	**Fin de Proyecto**
El modelo de gestión hospitalaria definido e implementado en por lo menos 7 hospitales piloto, con convenios de gestión firmados.	# hospitales		P							7
			A	7	7	10				
La rehabilitación y el equipamiento de los	Hospitales		P							7

7 hospitales piloto ejecutada al finalizar el programa.	rehabilitados y equipados		A			4	6	7		
Título Componente: Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.										
Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.			P							0
			A							
Hito	**Unidad de Medida**			**Acumulado 1999 - 2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2011**	**Fin de Proyecto**
Reglamento Interno actualizado y nueva estructura de puestos y salarios definido, aprobado e implementado, al finalizar el programa.	documento		P							1
			A							
Desarrollo organizacional del Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento	documento		P							1
			A			1				
Diseño y montaje de un sistema de información para el seguimiento de los costos y la producción y la calidad de los servicios de salud que suministren los proveedores públicos y privados que contrate el MSPAS	documento		P							1
			A		1					
Reglamentar el Código de Salud	documento		P							4
			A		4					

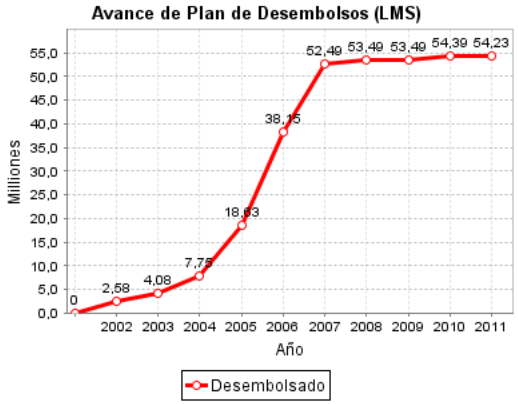
Costos

(US$ 000)

Productos	Costo Total US$		Acumulado 1999 - 2005	2006	2007	2008	2009	2011	Avance a la Fecha
Título Componente: Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.									
Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.	0	P							
		A							
Título Componente: Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.									
Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.	0	P							
		A							
Título Componente: Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.									
Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.	0	P							
		A							
Título Componente: Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.									
Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.	0	P							
		A							
Total	0	P	0	0	0	0	0	0	0
		A	0	0	0	0	0	0	0

Desembolsos

Desembolsos	Financiamiento BID	Desembolso Total a la Fecha		Acumulado	2007	2008	2009	2010	2011
Total BID	54.394.032,75	54.225.741,66	P	41.331.000,00	16.250.000,00	6.840.000,00	1.500.000,00	500.000,00	
			A	38.150.200,54	14.343.832,21	1.000.000,00		900.000,00	-168.291,09



Productos: Progreso Físico y Financiero Anual 2011

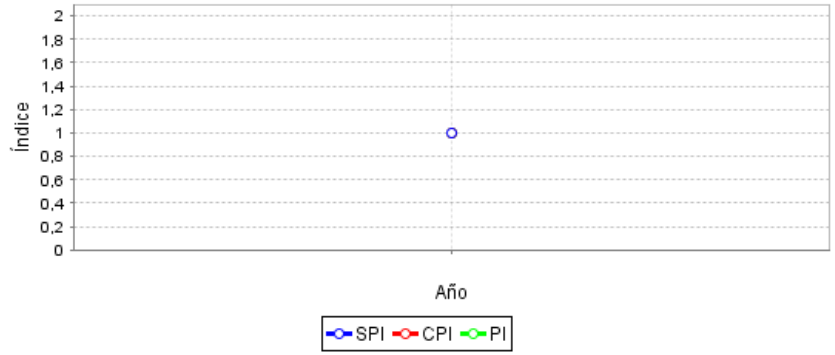
Descripción	Unidad de medida	Físico				Financiero			
		Planeado	Actual	Unidades Acumuladas	Unidades FDP	Planeado	Actual	Costos Acumulados	Costos FDP
Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.									
Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.									
Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.									
Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.									
Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.									
Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.									
Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.									
Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.									
TOTAL									

Correlación con los resultados

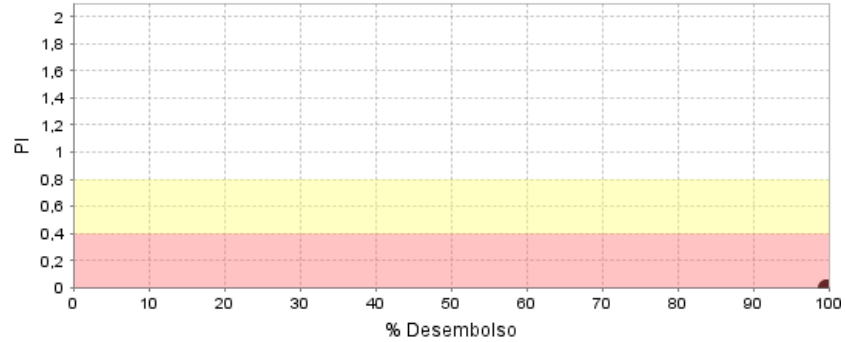
Productos/Resultados	Cobertura del sistema de salud mejorada.	Eficiencia del sistema de salud mejorado.
Componente 2. Apoyo a la Extensión de Cobertura.		
Componente 3. Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS.		X
Componente 4. Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.		
Componente 1. Fortalecimiento Institucional del MSPAS.		X

Desempeño

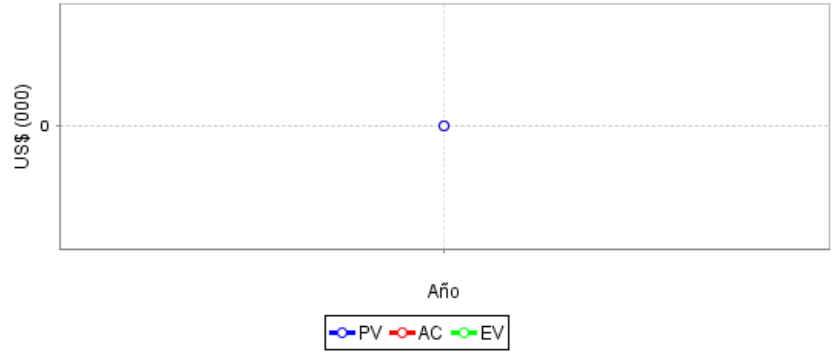
Índice de Desempeño (PI)

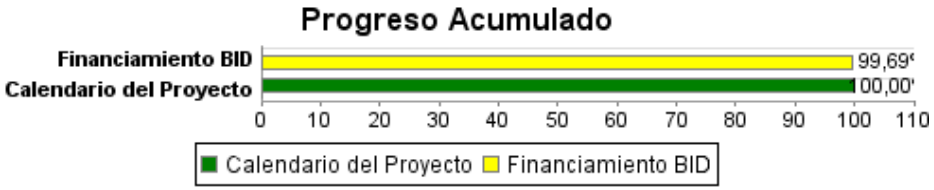


PI x % Desembolsado



Valor Ganado (EV)





Temas

Resultados

Resultado:	**Cobertura del sistema de salud mejorada.**
Tema	**Comentarios**
Logro importante en cobertura de los servicios de salud.	El MSPAS logró ampliar sustancialmente la cobertura de los servicios de salud a través de la modalidad de contratación de los servicios de salud con ONG. El préstamo financió parcialmente este programa, logrando cumplir con la meta de incorporar 500.000 nuevos beneficiarios .
Avances en control prenatal en zonas rurales.	A pesar de que no se logró la meta del 75% de mujeres embarazadas con al menos un control prenatal, hubo un avance significativo con relación al promedio nacional, el cual para el 2000 era del 44.5%.

Resultado:	**Eficiencia del sistema de salud mejorado.**
Tema	**Comentarios**
No hay resultados sólidos que muestren que el nuevo modelo de gestión hospitalaria haya mejorado la eficiencia de todos los hospitales.	El programa contemplaba línea de base y evaluación de los resultados, pero solo en los últimos años de ejecución la firma consultora presentó algunos datos en un informe descriptivo (no analítico). Para evaluar la eficiencia del Modelo de Gestión analizamos indicadores de desempeño (% de ocupación y giro de camas)y de producción(egresos. consultas y emergencias) y los resultados los comparamos con valores de referencia estimados por el MSPAS. No se observa un comportamiento homogéneo entre los hospitales (solo tres de los 7 hospitales incrementaron su % de ocupación, tres se mantuvieron iguales y uno disminuyó de 2002 al 2006) . El giro de cama se mantuvo dentro de un rango aceptable, pero no se observó ninguna mejora en el período evaluado. Tampoco hay homogeneidad/ mejoras sustanciales con respecto a los indicadores de producción. No obstante, la firma consultora realizó análisis comparativo con otros hospitales , encontrando mejores resultados en los intervenidos.
La falta de acuerdo entre el IGSS y el MSPAS limitó las acciones y resultados esperadas del componente.	Hasta el año 2006 se logró un acuerdo entre el IGSS y el MSPAS por lo que las acciones fueron limitadas al aspecto de mejoramiento de la información (RRHH. financiera, producción de servicios y contrataciones externas). Por lo mismo solo se tiene información sobre el número de servicios contratados para el 2006. En el transcurso de la ejecución el MSPAS recortó presupuesto para este componente.

General

Tema	**Comentarios**
Retraso en ejecución del Programa.	A pesar de que el Programa se aprobó en 1999 y obtuvo elegibilidad en el 2002, la ejecución realmente inició en el 2004, a partir de una reformulación del principal componente del préstamo. Por ello la mayor parte de los indicadores se obtienen a partir de 2004. Si bien la ejecución de los componentes se terminó en diciembre de 2007, se han aprobado dos prórrogas con el fin de: otorgar el tiempo necesario para el cierre de las obras de rehabilitación (2008), las cuales tuvieron retrasos; posteriormente (2009) para utilizar el saldo disponible en apoyo al país para la emergencia causada por la influenza A H1N1 y para consultorías de apoyo para la nueva operación GU-L1022. El MSPAS está tramitando una nueva prórroga para aprovechar los recursos que aún quedan del préstamo para contratar un estudio de brechas de recursos humanos e infraestructura de los puestos y centros de salud . Dado que este estudio es un instrumento importante para la ejecución

Tema	**Comentarios**

Problemas asociados con la definición de los indicadores y la falta de sistema de monitoreo y evaluación.	Por una parte el Marco Lógico quedó incompleto (no se definieron metas ni tampoco se contó con una línea de base). Adicionalmente, el Programa no contó o contempló un sistema estructurado de seguimiento, por lo cual la información disponible es parcial y se ha venido recopilando en diferentes instancias del MSPAS. Los informes semestrales no permiten establecer evidencia cuantitativa de los avances.

Tema	Comentarios
Falta de sostenibilidad del personal requerido una vez terminado el préstamo	El préstamo financió personal para el sistema de supervisión de los servicios prestados por las PSS y ASS, así como para el Modelo de Gestión de los hospitales. La incorporación del personal al MSPAS no tuvo viabilidad fiscal, por lo que hoy en día es una de las debilidades de la propuesta desarrollada por el Programa.

Tema	Comentarios
El préstamo se ha prorrogado dos años adicionales a pesar de haber terminado ejecución de objetivos principales.	Los objetivos principales del Programa terminaron en el 2008. No obstante, en acuerdo con el MSPAS se decidió prorrogar el préstamo para realizar estudios de apoyo a la nuevo operación de salud (GU-L1022). En el mes de mayo de 2010 el MSPAS solicitó apoyo del BID para la compra de medicamentos por la emergencia tropical Agatha y el volcan de pacaya. El saldo previsto de esta operación se orientó a este fin. El prestamo termina a fines de año.

Tema	Comentarios
Cierre del proyecto	El préstamo se ha desembolsado en 100% y se encuentra cerrado. El PCR para el proyecto está en borrador y el proyecto debe ser eliminado del sistema PMR.

Riesgos

- No hay información disponible

Lecciones Aprendidas

Gestión de Proyectos

Lección Aprendida
Ante la debilidad de los Ministerios, se contempló la creación de una Unidad Ejecutora, como mecanismo para garantizar una adecuada ejecución del Programa.
En la práctiva se creó un organismo paralelo al Ministerio que no logró una mayor eficiencia en la ejecución y que reemplazó funciones propias de las instancias del MSPAS. Los conocimientos técnicos y la expeticia fiduciaria adquirida no quedó en el MSPAS, ya que no se incorporaron los equipos humanos al MSPAS.
Se realizó un estudio para evaluar el funcionamiento de la UC y un plan de reorganización, pero en la práctica no tuvo mayores implicaciones.
En futuros préstamos la ejecución del préstamo debe hacerse a través de la estructura de los organismos ejecutores, con apoyos puntuales de consultores ubicados dentro de las áreas específicas del ejecutor.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
NO AUTORIZADO PARA USO PÚBLICO

AGENDA

PR-2439
14 octubre 1999
Original: español

Al: Directorio Ejecutivo

Del: Secretario

Asunto: Guatemala. Propuesta de préstamo para un programa de mejoramiento de los servicios de salud, segunda etapa (PMSS-II)

Información básica:
Prestatario ..... República de Guatemala
Monto ..... hasta US$55.440.000
Fuente ..... Facilidad Unimonetaria de los recursos del capital ordinario

Agenda: Comisión General, en su reunión del 10 de noviembre 1999 (o posterior)

Consultas a: Señor Wolfgang Munar (teléfono 1529)

Referencia: GN-1838-1

Otra distribución: Gerentes, Jefes de División, Representante en Guatemala

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
NO AUTORIZADO PARA USO PUBLICO

GUATEMALA

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SEGUNDA ETAPA (PMSS-II)

(GU-0125)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Wolfgang Munar, RE2/SO2, Jefe de Equipo; Mario Barrios, COF/CGU; Isabel Nieves, RE2/SO2; Bill Savedoff, SDS/SOC; Beatriz Uribe, RE2/RE2; Luis Zavaleta, RE2/RE2 y Dana Martin, LEG/OPR. Sara Bojorge-Saenz y Beatriz Jellinek, también contribuyeron en la elaboración de este documento.

INDICE

MAPA

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN 1

A. Introducción 1

B. Logros del PMSS-I 2

C. Retos y problemas 4

D. La estrategia de reforma 7

E. Coordinación con otros donantes 7

F. Conclusión 8

II. EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO 9

A. Objetivos del Programa 9

B. Estructura del programa 9

1. Componente 1: Fortalecimiento institucional del MSPAS 10

2. Componente 2: Apoyo a la extensión de cobertura 11

3. Componente 3: Fortalecimiento de la función aseguradora del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social 14

4. Componente 4: Programa de mejoramiento de la gestión hospitalaria 15

C. Costos y financiamiento del Programa 16

III. EJECUCION DEL PROGRAMA 19

A. Estrategia de ejecución 17

B. Marco operativo para la ejecución del programa 19

1. Financiamiento de servicios de salud para la extensión de coberturas 18

2. Financiamiento de asistencia técnica 18

3. Financiamiento de la inversión 18

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I Marco Lógico

ANEXO II Plan de Adquisiciones

LISTA DE APÉNDICES

Proyecto de Resolución

DATOS BÁSICOS SOCIOECONÓMICOS

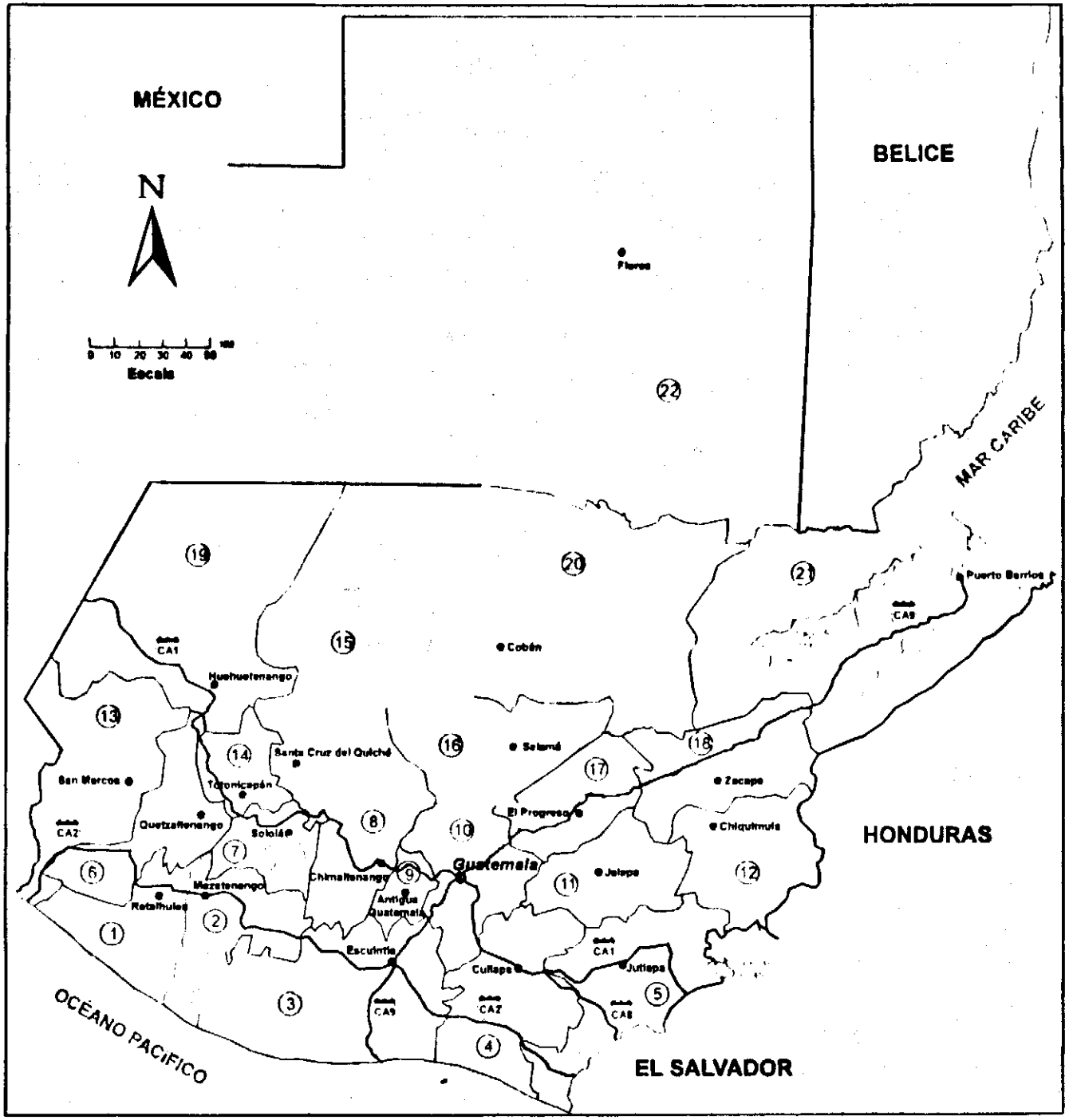
Los datos básicos socioeconómicos de GUATEMALA se encuentran disponibles en el internet en la siguiente dirección:

Inglés:
http://www.iadb.org/int/sta/english/brptnet/brptframe_eng.htm

Español:
http://www.iadb.org/int/sta/spanish/brptnet/brptfframe_eng.htm

GUATEMALA

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUNDA ETAPA (PMSS-II) (GU-0125)



LEYENDA

- Carreteras principales
- Número de carretera
- Capitales departamentales

DEPARTAMENTOS

(1) RETALHULEU	(12) CHIQUIMULA
(2) SUCHITEPÉQUEZ	(13) SAN MARCOS
(3) ESCUINTLA	(14) TOTONICAPÁN
(4) SANTA ROSA	(15) QUICHÉ
(5) JUTIAPA	(16) BAJA VERAPAZ
(6) QUETZALTENANGO	(17) EL PROGRESO
(7) SOLOLÁ	(18) ZACAPA
(8) CHIMALTENANGO	(19) HUEHUETENANGO
(9) SACATEPÉQUEZ	(20) ALTA VERAPAZ
(10) GUATEMALA	(21) IZABAL
(11) JALAPA	(22) PETÉN

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

Departamento de Desarrollo Sostenible
Sistema de Información Geográfica (SDS/gis) 25/9/99

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
Oficina de Apoyo Regional de Operaciones
Unidad de Información Operacional

GUATEMALA

PRESTAMOS BID

APROBADOS AL 31 DE AGOSTO DE 1999

	US$ Miles	*Porcentaje*
TOTAL APROBADO	***1,971,173***	
DESEMBOLSADO	*1,572,201*	*79.8%*
POR DESEMBOLSAR	*398,972*	*20.2%*
CANCELADO	*194,253*	*9.9%*
AMORTIZADO	*633,390*	*32.1%*
APROBADO POR FONDO		
CAPITAL ORDINARIO	*1,279,059*	*64.9%*
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	*630,353*	*32.0%*
OTROS FONDOS	*60,112*	*3.0%*
SALDO DE LA DEUDA	***938,811***	
CAPITAL ORDINARIO	*532,867*	*56.8%*
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	*395,543*	*42.1%*
OTROS FONDOS	*10,301*	*1.1%*
APROBADOS POR SECTOR		
AGRICULTURA Y PESCA	*183,436*	*9.3%*
INDUSTRIA, TURISMO, CIENCIA Y TECNOLOGIA	*206,863*	*10.5%*
ENERGIA	*283,289*	*14.4%*
TRANSPORTACION Y COMUNICACION	*288,891*	*14.7%*
EDUCACION	*43,628*	*2.2%*
SALUD Y SANEAMIENTO	*247,377*	*12.5%*
MEDIO AMBIENTE	*54,600*	*2.8%*
DESARROLLO URBANO	*159,914*	*8.1%*
INVERSION SOCIAL Y MICROEMPRESA	*233,915*	*11.9%*
REFORMA Y MODERNIZ. DEL SECTOR PUBLICO	*259,495*	*13.2%*
FINANCIAMIENTO A EXPORTACIONES	*1,764*	*0.1%*
PREINVERSION Y OTROS	*8,000*	*0.4%*

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

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
Oficina de Apoyo Regional de Operaciones
Unidad de Información Operacional

GUATEMALA

CARTERA EN EJECUCION AL 31 DE AGOSTO DE 1999

(Miles de US$)

PERIODO DE APROBACION	NUMERO PROYECTOS	MONTO APROBADO	MONTO DESEMBOLSADO	% DESEMBOLSADO
Antes de 1993	4	97,700	67,811	69.41%
1993 - 1994	1	1,400	638	45.59%
1995 - 1996	6	335,455	201,720	60.13%
1997 - 1998	8	379,010	150,099	39.60%
TOTAL	19	$813,565	$420,269	51.66%

* Cifras netas de cancelaciones. Excluye prestamos para financiamiento de exportaciones.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SEGUNDA ETAPA. (PMSS-II)

(GU-0125)

RESUMEN EJECUTIVO

Prestatario:	República de Guatemala	
Organismo ejecutor:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	
Monto y fuente:	IDB: (CO)	US$ 55,44 millones
	Local:	US$ 10,68 millones
	Total:	US$ 66,12 millones
Términos y condiciones:	Plazo Amortización:	30 años
	Plazo de Ejecución:	4 años
	Período de Gracia:	4.5 años
	Desembolso:	4.5 años
	Tasa de Interés:	variable
	Inspección y vigilancia:	1% del monto total del préstamo
	Comisión de crédito:	0,75% anual sobre el saldo no desembolsado
	Moneda:	Facilidad unimonetaria en dólares de los E.E.U.U.

Objetivos: El objetivo del programa es mejorar el estado de salud de la población guatemalteca a través de aumentos en la cobertura de servicios básicos de salud, modernización institucional e inversiones en servicios materno-infantiles. Los objetivos específicos son: (i) fortalecer la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para ejercer las funciones de regulación y rectoría; (ii) aumentar la cobertura y la calidad de los servicios básicos de salud para poblaciones pobres del área rural; (iii) fortalecer el proceso de contratación competitiva en la adquisición de servicios de salud; (iv) modernizar la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); y (v) aumentar la productividad y la calidad de los servicios de salud en un mínimo de siete hospitales piloto del MSPAS.

Descripción: La mayor parte del financiamiento (51%) del programa se dedicará a apoyar la extensión de cobertura en servicios básicos de salud para poblaciones en extrema pobreza en zonas rurales. La asistencia técnica del programa fortalecerá organizacionalmente los principales actores del sector salud, en particular, el Ministerio de Salud a nivel central y descentralizado, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los hospitales públicos y los proveedores no gubernamentales que prestan servicios básicos de

salud.

La estrategia del Programa se basa en un enfoque dual: utilizar el proceso de adquisición de servicios básicos como elemento dinamizador para la modernización del sector y, simultáneamente, fortalecer las capacidades institucionales de las entidades del sector para consolidar los avances logrados durante la primera etapa de la reforma del sector salud.

El programa financia cuatro componentes: (i) **Fortalecimiento institucional del MSPAS** a través de la consolidación y desarrollo de la nueva estructura organizacional a nivel central y descentralizado y el fortalecimiento de su capacidad para ejercer las funciones de rectoría y regulación que le compete desarrollar; (ii) **Apoyo a la extensión de cobertura** para complementar los esfuerzos del GdG en la ampliación de la cobertura de servicios básicos de salud a poblaciones pobres del área rural; modernizar los procedimientos de adquisición de servicios básicos de salud y sustituir los actuales por mecanismos competitivos no restringidos; y promover el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas en el suministro público y privado de servicios básicos de salud; (iii) **Fortalecimiento de la función aseguradora del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social** mediante un programa de asistencia técnica que introduzca mejoras en la gestión financiera y de contratación de servicios para modernizar su función como asegurador de riesgos de salud. Dada las interrelaciones entre los sistemas de pensiones y salud, se financiarán los estudios que propongan acciones que garanticen la futura sostenibilidad de las reformas de los sistemas de prestaciones de servicios de salud y de pensiones; y (iv) **Programa de mejoramiento de la gestión hospitalaria** (PROHOSPITAL) para aumentar la productividad y la calidad de los servicios de un mínimo de siete hospitales del MSPAS a través de mejoras en sus estructuras de direccionamiento, gestión y financiamiento

Relación del Proyecto a la estrategia del Banco en el país y sector:

La propuesta del PMSS-II es consistente con la estrategia de salud del Banco en Guatemala la cual busca, en un periodo de 10 a 12 años, mejoras sustanciales en: (i) la especialización de funciones del MSPAS y del IGSS como organismos de rectoría y aseguramiento, respectivamente; (ii) la descentralización de las funciones operativas desde el MSPAS y el IGSS hacia sus respectivos niveles regionales y/o locales; (iii) la separación de las funciones de financiamiento y las de provisión de servicios de salud; (iv) la transformación de los hospitales en entidades desconcentradas; y (v) la introducción de esquemas innovativos de financiamiento del sector salud, primordialmente a través de la creación de nuevos sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados.

Revisión social y ambiental:

No se espera que el Proyecto tenga impactos ambientales directos. De acuerdo a las recomendaciones del CESI el Programa ha considerado la aplicación de normas de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios dentro del componente 4, así como la integración de prácticas efectivas de medicina tradicional al Conjunto de Servicios de Salud (CSBS) dentro del componente 2. Se ha incorporado al componente 1 el fortalecimiento de la capacidad de coordinación e intercambio de información y datos entre el MSPAS y las autoridades ambientales del país.

Beneficios:

El Programa contribuirá a apoyar los esfuerzos de integración de servicios de salud y modernización del sector y de la extensión de dichos servicios de salud a los grupos pobres del área rural. Como resultado de las intervenciones propuestas por el Programa, en un plazo de cinco años el país contará con una mejora medible en el estado de salud de la población pobre del área rural; un Ministerio fortalecido en su capacidad reguladora y rectora y con la capacidad técnica y la credibilidad institucional para proteger a la población frente a los más importantes factores de riesgos; el desarrollo de la capacidad de agencia de adquisición de servicios de salud por parte del MSPAS y el IGSS; y el fortalecimiento de los proveedores públicos y privados de servicios básicos de salud; y los hospitales públicos transformados en entidades desconcentradas con una orientación empresarial y con sus propias estructuras de direccionamiento, gestión, y financiamiento.

Riesgos:

Los principales riesgos del programa están asociados a garantizar la sostenibilidad financiera y el logro de las metas de extensión de cobertura. Para mitigar estos riesgos, el programa ha sido diseñado de tal forma que garantice que: (i) no sustituya gasto público dedicado a servicios de salud; (ii) logre que el gasto del GdG siga aumentando paulatinamente; y (iii) asegure la existencia de recursos futuros para mantener el gasto requerido para sostener la expansión de coberturas que financia el programa. Por ello, la escala de financiamiento del Banco, en términos de beneficiarios y recursos, es decreciente. Para verificar las metas de gasto y la no

sustitución de financiamiento local con el del Banco, el programa incluye una auditoría concurrente que verificará contable y técnicamente estos aspectos. Adicionalmente, el programa prevé el diseño e implantación temprana de un sistema de información que permita el seguimiento de los costos y productividad de los proveedores públicos y privados de servicios básicos de salud, con lo cual el GdG tendrá instrumentos para planificar mejor la incorporación de nuevos beneficiarios y los recursos fiscales requeridos por el programa de expansión de coberturas.

Condiciones contractuales especiales:

La condición previa al primer desembolso del programa es la aprobación por el Banco del Manual Operativo del programa, que deberá incluir los convenios modelos que se utilizarán durante la ejecución de los componentes del programa. Las condiciones previas al primer desembolso de los componentes específicos son: para el componente 2: La suscripción del contrato, sujeto a la declaración de elegibilidad para desembolsos del componente, de la firma que se encargará de la auditoría concurrente; y para el componente 4: (i) La aprobación por el Banco del reglamento operativo del PROHOSPITAL y (ii) la suscripción del contrato, sujeto a la declaración de elegibilidad para desembolsos del componente, de la firma externa que lo administre.

El Banco podrá desembolsar hasta US$100,000 de los recursos del préstamo para iniciar las actividades del programa previo al cumplimiento de las condiciones previas indicadas anteriormente, siempre que el Prestatario haya cumplido con las condiciones previas básicas establecidas en las Normas Generales del contrato de préstamo.

El Banco podrá reconocer gastos previos a la aprobación de esta operación por hasta US$800.000 con cargo al préstamo y hasta US$1.000.000 con cargo a la contrapartida local.

Clasificación del sector social y de la pobreza:

Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (Documento AB-1704). También esta operación califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza por su focalización hacia áreas rurales (Pars. 2.9, 2.28) y las características de la población beneficiaria (Pars. 4.21, 4.22). El prestatario utilizará 4% de financiamiento adicional (Par. 2.33).

Excepciones a las políticas del Banco:

Ninguna

Adquisiciones:

La licitación pública internacional será obligatoria para la contratación de obras civiles cuyo costo supere US$1.5 millones, para la adquisición de bienes por encima de US$250.000 y para la contratación de servicios de consultoría superiores a US$200.000.

Unicamente para la contratación de los proveedores de los servicios básicos de salud del componente 2, se recomienda establecer el límite de US$300.000.

Las contrataciones por montos inferiores a estos límites procederán de acuerdo con el esquema siguiente: Se empleará licitación pública nacional para obras entre US$100.000 y US$1.499.999, bienes entre US$50.000 y US$249.999, para servicios de consultoría entre US$50.000 y US$199.999, y para la contratación de los proveedores de los servicios básicos de salud del componente 2 entre US$50.000 y US$299.999. Por debajo de estos límites se utilizará el sistema de 3 cotizaciones y, para los servicios de consultoría, se incluirán los términos de referencia.

Durante el primer año el Banco podrá revisar en forma ex post la adquisición de bienes y la contratación de servicios de consultoría con cargo a la contrapartida local y por montos inferiores al equivalente de US$100.000.

A partir del segundo año, conforme a los resultados de la primera revisión técnica anual, El Banco podrá incrementar este monto y hacer revisiones ex post para todas las adquisiciones y contrataciones que se hagan por debajo de los límites establecidos para licitación pública internacional. En el Anexo II se presenta el Programa de Adquisiciones.

I. ANTECEDENTES

A. Introducción

1.1 **La sociedad guatemalteca:** Guatemala tiene la mayor población de América Central, cerca de 12 millones, y la economía más sólida de la región. Los acuerdos de paz, firmados a finales de 1996, sentaron las bases para una transformación económica y social en Guatemala. La tasa de crecimiento poblacional (2,9%) es la más alta de Centro América. Entre los países centroamericanos Guatemala tiene la distribución del ingreso más desigual. Entre 1989 y 1991 el quintil más rico de la población concentró el 63% del ingreso y el quintil más pobre obtuvo el 2%. El 80% de la población vive en condiciones de pobreza y 60% en pobreza extrema. La pobreza se concentra en las áreas rurales (86%) y en particular en las poblaciones indígenas (93%), las cuales constituyen el 42% de la población del país.[1]

1.2 **Condiciones de salud:** La situación de salud de la población guatemalteca sigue comparándose desfavorablemente con los otros países latinoamericanos con similar nivel de desarrollo. La última encuesta de salud materno infantil (1998-99) indicó que la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó 5,0 hijos por mujer en edad fértil con lo que se ha convertido en la más alta de América Latina. [2] La mortalidad materna para el quinquenio 1990-95, período con datos más recientes, se ubica en una razón de 190 por 100.000 nacimientos la cual es una de las más altas de la región americana.

1.3 Guatemala se encuentra en las etapas tempranas de la transición epidemiológica. Sus condiciones de salud materno infantiles han mejorado paulatinamente en los últimos diez años aunque la carga de enfermedad sigue siendo predominantemente atribuible a las infecciones y a la desnutrición. La mortalidad infantil ha disminuido a 45 por mil nacidos vivos en el período 1998-99 de 57 por mil nacidos vivos en 1995. Estos logros se deben en gran medida a las coberturas de vacunación en menores de un año, que han sobrepasado el 80%. Sin embargo, la desnutrición crónica no ha logrado reducirse en igual medida. Como consecuencia, el retardo en talla en niños menores de 5 años fue del 46% en 1998, comparado con un 50% en 1995.[3]

1.4 Los índices nacionales de salud ocultan variaciones significativas tanto inter-regionales como inter-étnicas, como muestra el cuadro I-1. Las poblaciones rurales, indígenas y extremadamente pobres concentran la gran mayoría de la carga de mortalidad prematura y prevenible. Por ejemplo, aunque las tasas de mortalidad infantil son similares en zonas urbanas y rurales, son dos veces mayores entre

---

1 BID. Guatemala, Documento de País, 18 de octubre de 1996; BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Desafíos Comunes de Cara al Siglo XXI. Edición V, Julio 1998.

2 Los promedios para América Latina en 1995 eran 3.1 para la TSG y 45/000 n.v. para mortalidad infantil

3 Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-99, Informe Preliminar. Guatemala: INE, MPSAS, USAID, UNICEF, FNUAP, Macro International; Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 1996. Cálculos estimados de mortalidad materna, 1990. Las tasas varían considerablemente entre fuentes consultadas.

indígenas que entre no-indígenas (ladinos). La atención del parto, crítica para reducir la mortalidad materna y neonatal, muestra diferencias aún más dramáticas. La mitad de las mujeres ladinas atiende su parto con un médico, mientras que sólo 14,5% de las indígenas lo hacen. Por cada mujer en la región del altiplano occidental que recibe atención médica durante el parto siete mujeres de la zona metropolitana de Ciudad Guatemala lo hacen.

Cuadro I-1: Tasas de Mortalidad por Area de Residencia y Afiliación Etnica, 1998/99

(por mil nacidos vivos)

Tasa de mortalidad	Area urbana	Area Rural	No indígena	Indígena	Total
Neonatal	31	22	44	56	26
Infantil	49	49	12	24	49
En la niñez	58	69	56	79	65

Fuente: Guatemala. Encuesta de Salud Materno Infantil, 1998-99. Informe Preliminar.

1.5 **Problemas del sector antes del inicio de la reforma:** El Gobierno de Guatemala (GdG) enfrentaba a mediados de esta década cuatro categorías interrelacionadas de problemas que contribuían, y en alguna medida siguen contribuyendo, a esta situación de salud: (i) un nivel bajo y desigual en la prestación de los servicios de salud; (ii) financiamiento sectorial insuficiente y en descenso; (iii) ineficiencia en la asignación del gasto público; y, (iv) ineficiencia en la aplicación de los recursos dentro de los organismos públicos.

1.6 En respuesta a estas circunstancias el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha venido ejecutando el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS-I 890/891 OC-GU) el cual consta de un crédito sectorial de US$25 millones y de una cooperación técnica reembolsable de US$13,5 millones. Aprobado a finales de 1995 el programa sectorial ha tenido dos desembolsos, el primero (US$10 millones) en octubre de 1996 y el segundo (US$5 millones) en diciembre de 1998. Se anticipa la aprobación del tercer desembolso (US$10 millones) durante octubre de 1999. A continuación se describen los logros del PMSS-I

B. Logros del PMSS-I

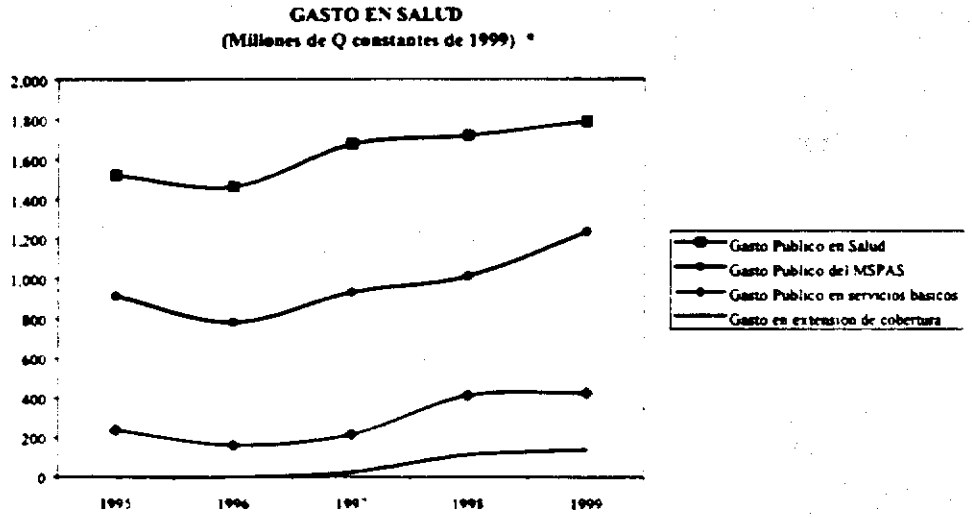
1.7 Guatemala ha logrado en los últimos cuatro años importantes avances en el mejoramiento de los servicios públicos de salud. Por un lado, y revirtiendo las tendencias de prioridad en la asignación del gasto, el MSPAS logró extender la cobertura de servicios básicos de salud a cerca de 3 millones de guatemaltecos pobres (60% de los cuales son indígenas). Para lograr ese dramático aumento el Gobierno diseñó una estrategia que combina: (i) la identificación y financiamiento prioritario de intervenciones altamente costo-efectivas (el Conjunto de Servicios Básicos de Salud o CSBS); (ii) la focalización del suministro de estos servicios a poblaciones en extrema pobreza; y (iii) el uso de convenios con organizaciones no gubernamentales para su provisión.

1.8 Además de lo anterior entre 1995 y 1997 el Gobierno aumentó el presupuesto del Ministerio de Salud en un 32% en términos reales para gastos recurrentes excluyendo nóminas. Este nivel de gastos se mantuvo en 1998. Además, el gasto fue orientado hacia servicios básicos de salud para hacerlo más acorde al perfil epidemiológico del país y privilegiar la atención preventiva. La estructura del presupuesto refleja ahora incrementos porcentuales en servicios básicos y una

proporcional reducción en los gastos del sector hospitalario. En 1998 el 46% del presupuesto del MSPAS fue asignado a servicios básicos de salud, un esfuerzo sin precedentes en el país.

1.9 Aparte de los cambios en el modelo de atención y en la asignación del gasto público, el PMSS-I ha permitido establecer las bases para la modernización institucional del MSPAS. Por ejemplo, no sólo se reorientó el gasto público hacia inversiones prioritarias, sino que la calidad de la ejecución de los recursos públicos mejoró considerablemente. En términos del presupuesto total el MSPAS ejecutó el 96% de este durante 1998. Parte de esta mejora se logró gracias a la descentralización del gasto desde el Ministerio de Finanzas hacia el MSPAS y a la implementación de procedimientos administrativos ágiles y de un sistema de información financiera.

1.10 Adicionalmente, y en un esfuerzo por asignar al MSPAS responsabilidad sobre la conducción de la reforma sectorial, en febrero de 1998 entró en vigencia un nuevo Código de Salud. El Código faculta al MSPAS para asumir un papel rector y regulador, le permite contratar a entidades privadas para la provisión de servicios, le faculta para la venta de servicios a terceros, establece nuevos mecanismos de coordinación y facilita la descentralización administrativa del MSPAS y el desarrollo de las estructuras organizacionales que respondan mejor a la estrategia de reforma.



Fuentes: CIEN, Indicadores Macroeconomicos 1995-1999. MSPAS, Cuentas Nacionales de Salud, 1995-1997. MSPAS Subgerencia Financiera, Informes de ejecucion presupuestal 1995-1999. MSPAS/SIAS, Avances de extension de cobertura, 1997-1999

* US$ 1 = Q 7.35

1.11 Una nueva estructura organizacional del MSPAS entró en vigencia durante 1999 la cual creó las unidades funcionales que le permitirán ejecutar sus nuevos papeles y responsabilidades. La estructura concentra en el nivel central las funciones de regulación, vigilancia epidemiológica, protección de la salud pública, financiamiento y adquisición de servicios de salud y la coordinación de la red pública de proveedores. Asimismo, se crea el Gabinete Sectorial de Salud como

mecanismo de coordinación entre el MSPAS, el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, y los demás actores del sector. Permite desconcentrar hacia las Áreas de Salud y a los Hospitales las funciones financieras y de manejo de los recursos humanos y físicos.

1.12 Como una muestra de su nuevo liderazgo el MSPAS promovió el diálogo y luego negoció la incorporación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) al PMSS-I. De un acuerdo inter-institucional sin precedentes surgieron una visión conjunta de la reforma y los instrumentos comunes de política como la ejecución coordinada de programas de extensión de cobertura para poblaciones informales rurales y urbanas, la contratación de servicios con el sector privado y la modernización de los hospitales.

1.13 Finalmente, el PMSS-I intentó transformar la estructura de incentivos de los hospitales públicos al implantar, de forma piloto, mayor autonomía y rendición de cuentas en cinco hospitales del país. Si bien los avances en el mejoramiento de la gestión hospitalaria han sido menos dramáticos que en otras áreas de la política sanitaria, el GdG ha logrado aumentar la eficiencia interna de estas organizaciones a través de un sostenido esfuerzo para el mejoramiento de los procedimientos de adquisiciones y control de inventarios.

C. Retos y problemas

1.14 La evaluación de medio término del PMSS-I y los informes de desembolso del programa sectorial muestran aspectos claves para la sostenibilidad del proceso de reforma. Por un lado, el Gobierno ha llevado las reformas de política sectorial más allá de los acuerdos con el Banco y los procesos de transformación ha avanzando a un ritmo más acelerado de lo previsto. Sin embargo, de los procesos iniciados se encuentran aún en etapas iniciales de desarrollo y requerirán de esfuerzos políticos e institucionales que les haga sostenibles. Como consecuencia de lo anterior, se prevé que la siguiente etapa del programa consolide los logros más importantes a la vez que profundice en los cambios de fondo que promuevan la estrategia de transformación sectorial

1.15 Dos elementos entrelazados constituyen los principales retos de política sanitaria en Guatemala. El primero se refiere al imperativo de proseguir con la ampliación en la cobertura de servicios básicos de salud sin reducir las coberturas vigentes ni el nivel actual de gasto público en salud básica. El segundo se relaciona con la necesidad de hacerlo a través de procesos cada vez más institucionalizados de contratación que, aparte de promover la modernización de la función pública en el país, se reflejen en mayor calidad para los beneficiarios del programa.

1.16 **Ampliación de cobertura de los servicios básicos de salud**: Aparte de proseguir con el proceso de extensión en la cobertura sin reducir las coberturas vigentes y el nivel actual de gasto público, el MSPAS enfrenta el reto adicional e impostergable de fortalecer el marco institucional que asegure la calidad en los servicios prestados por proveedores públicos y privados.

1.17 Mantener las coberturas actuales implica para el MSPAS consolidar actividades críticas para modernizar el proceso de adquisición de servicios básicos de salud, fortalecimiento organizacional de la oferta privada, y supervisión técnica y financiera de los contratistas, entre otras. Implica, también, realizar un esfuerzo adicional al actual para aumentar los niveles de cobertura en zonas ya cubiertas y

aumentar progresivamente la complejidad de las intervenciones incluidas en el paquete básico de salud. Esto último podría enfocarse hacia la introducción de servicios adicionales de tipo obstétrico, por ejemplo, y/o a través de estrategias de comunicación educativa que generen hábitos de autocuidado.

1.18 La satisfacción de los usuarios y la efectiva participación comunitaria en la planificación, organización y fiscalización de los servicios son desafíos adicionales, especialmente frente a poblaciones indígenas que tienen culturas diferentes y necesidades de salud muy específicas.

1.19 Para los proveedores, el empleo de modalidades institucionalizadas de contratación representa un reto adicional ya que demanda de ellos la adquisición de nuevas capacidades organizacionales, la adopción de prácticas que respondan a las reglas de un mercado regulado, la atención a sus estructuras de costo y producción y una oportuna capacidad de respuesta a las necesidades de sus usuarios.

1.20 **La contratación competitiva como un mecanismo en el nuevo modelo de atención**: La extensión de cobertura en los servicios básicos de salud a través de convenios con proveedores públicos y privados promete ser una política que promueve eficiencia en el gasto público y que fortalezca el nuevo modelo de atención desarrollado por el MSPAS. Por ello, la introducción de procedimientos competitivos de adquisición de servicios de salud será una estrategia que fortalecerá institucionalmente al MSPAS sentando las bases para una futura separación entre el financiamiento y el suministro de servicios de salud, meta de mediano y largo plazo de la reforma.

1.21 En la medida en que se abra la competencia para el suministro de servicios básicos de salud y las reglas de operación dentro del mercado sean vigiladas por el MSPAS, el convenio se convertirá en el principal instrumento de relacionamiento entre el MSPAS y los proveedores públicos y privados de estos servicios. Aparte del fortalecimiento institucional que este proceso generará para el Ministerio, las ganancias en calidad y precio favorecerán a los beneficiarios del programa de extensión de coberturas.

1.22 Aparte de los retos antes mencionados existen áreas de preocupación, tales como: (i) la debilidad institucional del MSPAS en las áreas de rectoría y regulación; (ii) las debilidades organizacionales de las entidades no gubernamentales que suministran servicios básicos de salud por convenio con el MSPAS; (iii) la debilidad técnica en los servicios de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); y, finalmente, (iv) la debilidad de las estructuras de direccionamiento y gestion hospitalaria y la carencia de relación entre la asignación de recursos financieros y el desempeño de los hospitales.

1.23 **Debilidades institucionales del MSPAS**: El MSPAS deberá desarrollar los talentos humanos, e implementar las tecnologías y los sistemas de información necesarios para ejercer sus nuevas funciones de rectoría y regulación, a la vez que descentraliza y fortalece las capacidades organizacionales de las Áreas de Salud y de los Hospitales. A este respecto, los principales retos que enfrenta el Ministerio incluyen el fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, la regulación de los proveedores públicos y privados de servicios, el desarrollo de capacidades altamente especializadas a su interior como la adquisición de servicios de salud, la formulación, seguimiento y evaluación de programas prioritarios, y la

modernización de su capacidad de respuesta para atender la salud pública y prevenir los factores de riesgo del consumo, el ambiente y los desastres naturales.

1.24 Un área en la que el MSPAS ha tenido lento desarrollo pero que asume particular importancia en la segunda fase es el desarrollo de las capacidades para informar, comunicar y generar los consensos a nivel social sobre la reforma del sector.

1.25 **La debilidad institucional en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS):** El IGSS atiende aproximadamente 1,6 millones de beneficiarios en el área de salud, que corresponden al 16% del total de la población del país y al 30% de la población económicamente activa[4]. Los ingresos del IGSS provienen de las cuotas sobre la nómina salarial a una tasa del 6% para el seguro de enfermedad general, el cual está compartido entre los empleadores (4%) y los empleados (2%) del sector formal.

1.26 El IGGS es una institución autónoma, el Código de Salud vigente lo coloca bajo la rectoría del sector salud. El Instituto ejecuta diversas funciones: (i) aseguramiento para variados riesgos (enfermedad general, maternidad y accidentes); (ii) prestación directa de servicios de salud; y (iii) pensiones. Los beneficios cubren de forma integral a los trabajadores, pensionados y jubilados del Estado y, de forma mucho más limitada, embarazo, parto, puerperrio y los primeros cinco años de vida de los hijos.

1.27 El IGSS muestra procesos administrativos débiles y poco estructurados que se explican, en parte, por su excesivo centralismo. La ausencia de separación contable y financiera de las fuentes y usos de sus recursos financieros dificulta la gestión de las diferentes funciones por las que es responsable. Las más importantes debilidades que afectan la gestión de aseguramiento en salud se concentran en áreas tales como la afiliación de beneficiarios, la determinación de beneficios, la gestión de la infraestructura propia de servicios de salud y la contratación y pago a proveedores privados.

1.28 Pese a la baja cobertura que tiene en el país, se espera que ésta aumente progresivamente con base en: (i) nuevos afiliados del sector formal que se afilien en las áreas urbanas del país que hoy no están cubiertas; (ii) afiliados provenientes del sector informal urbano y rural; y (iii) extensión de beneficios hacia cobertura familiar. Para poder enfrentar los retos de extensión de cobertura, el IGSS deberá resolver en el corto plazo las debilidades antes descritas.

1.29 **Los hospitales públicos:** Los hospitales concentran los problemas más severos del sistema público de salud. Aunque comienzan a representar una menor proporción del gasto en salud, y a que las mejoras administrativas implementadas han generado ahorros en los últimos 3 años, los hospitales públicos de Guatemala presentan problemas de subutilización, baja calidad de atención y desempeño gerencial inadecuado.

1.30 Los incentivos existentes dentro del sector hospitalario público son inadecuados e inducen a desempeños ineficientes. Tampoco existen estructuras de direccionamiento en los hospitales con las competencias necesarias para su conducción estratégica.

---

[4] De la Hoz, J. C., Informe final de consultoria. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, julio de 1999.

1.31 Adicionalmente, el proceso de presupuestación y pago desestimula la productividad y la calidad en los servicios hospitalarios. El MSPAS adelanta un proceso de transformación del sistema de presupuestación histórica, para incorporar esquemas de asignación de recursos y el desempeño organizacional de los hospitales.

D. La estrategia de reforma

1.32 La evaluación de medio término del PMSS-I y los informes de desembolso del programa sectorial muestran tres aspectos claves para la estrategia de reforma: (i) el Gobierno ha llevado las reformas de política sectorial más allá de los acuerdos con el Banco y ha avanzando a un ritmo más acelerado de lo previsto; (ii) como consecuencia de lo anterior, se prevé que la siguiente etapa sea primordialmente de consolidación de logros en aspectos tales como el desarrollo institucional del MSPAS, la extensión de cobertura y mejora en la calidad de los servicios básicos de salud y la modernización del sector hospitalario público; y (iii) el MSPAS ha establecido un exitoso diálogo de políticas con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), entidad que ha iniciado un proceso paulatino de reforma que se ha beneficiado con la asistencia técnica suministrada por el PMSS-I.

1.33 La reforma de salud de Guatemala se enfocará, en un período de 10 a 12 años en: (i) la especialización de funciones del MSPAS y del IGSS en, organismos rector y asegurador, respectivamente; (ii) la descentralización de las funciones operativas desde el MSPAS y el IGSS hacia sus respectivos niveles regionales; (iii) la separación del financiamiento y la provisión de servicios; (iv) la transformación de los hospitales en entidades públicas desconcentradas; y (v) la introducción de esquemas innovativos de financiamiento del sector salud, primordialmente a través de la creación de nuevos sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados.

1.34 De iniciarse estas transformaciones en el sector, en un plazo de cinco años el país contará con: (i) una mejora medible en el estado de salud de la población en extrema pobreza; (ii) un Ministerio fortalecido en su capacidad rectora y con la capacidad técnica y la credibilidad política para proteger a la población frente a los más importantes factores de riesgos; (iii) la capacidad de agencia compradora de servicios de salud desarrollada en el MSPAS y el IGSS; (iv) proveedores públicos y privados fortalecidos para suministrar servicios básicos de salud; y (v) hospitales transformados en entidades públicas con sus estructuras modernas de direccionamiento, gestión y financiamiento.

1.35 El Banco apoya la ampliación y mejoramiento de los servicios sociales y la modernización del Estado guatemalteco.[5] Es importante destacar que el PMSS-I ha logrado desarrollar un consenso razonablemente sólido sobre la direccionalidad de la reforma sectorial para los próximos años. Con el PMSS-II, el Banco busca promover la continuidad en el compromiso de Estado que existe sobre la reforma del sector salud.

E. Coordinación con Otros Donantes

1.36 Como una muestra de su nuevo liderazgo el Ministerio de Salud ha fijado la agenda de salud, liderado y organizado los procesos de financiamiento y de cooperación técnica de las agencias cooperantes internacionales, y coordinado los

---

[5] Documento de País, 18 de octubre de 1996, pp. 21-25.

flujos de recursos hacia programas o regiones según sus prioridades. El nuevo modelo de atención en salud básica se ha convertido en un programa prototipo que ha contribuido al logro de mayor coordinación entre el Gobierno y los donantes internacionales.

1.37 La conceptualización de esta propuesta de proyecto se benefició de una consulta sistemática con los mayores donantes internacionales y de una revisión de sus niveles de financiamiento y sus objetivos estratégicos. El apoyo del Banco aquí propuesto complementa las prioridades de USAID en aseguramiento de la calidad, salud reproductiva y atención integral a las enfermedades de la infancia, las de GTZ en provisión de insumos y medicamentos esenciales, las de la Unión Europea en formación de recursos humanos y mejoramiento de la infraestructura de salud y las de UNICEF en salud preventiva y educación para la salud.

F. Conclusión

1.38 En resumen, Guatemala ha ejecutado exitosamente un ambicioso proceso de reforma del sector salud. Habiendo pasado la etapa inicial de las transformaciones de política y los cambios jurídicos esenciales, la estrategia que sigue deberá apoyar al Gobierno a consolidar los logros obtenidos y a resolver los retos y problemas emergentes que se han detectado.

II. EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO

A. Objetivos del Programa

2.1 El objetivo del programa es mejorar el estado de salud de la población guatemalteca a través de aumentos en la cobertura de servicios básicos de salud, modernización institucional e inversiones en servicios hospitalarios con énfasis en materno-infantil.

2.2 Los objetivos específicos son: (i) fortalecer la capacidad institucional del MSPAS para ejercer las funciones de regulación y rectoría; (ii) aumentar la cobertura y la calidad de los servicios básicos de salud para poblaciones pobres del área rural; (iii) modernizar el proceso de adquisición de servicios de salud; (iv) modernizar la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud en el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social; y (v) aumentar la productividad y la calidad de los servicios de salud en un mínimo de siete hospitales piloto del MSPAS.

B. Estructura del programa

2.3 El programa es de cuatro años de ejecución y complementará acciones impostergables de aumento en la cobertura de servicios básicos de salud con la implementación de estrategias de mediano y largo plazo para consolidar la reforma de la salud en Guatemala. La estrategia del programa se basa en un enfoque dual: utilizar la adquisición competitiva de servicios básicos como elemento dinamizador para la modernización del sector y, simultáneamente, fortalecer las capacidades institucionales de las entidades del sector para consolidar los avances logrados durante la primera etapa de la reforma del sector salud. Por ello, la mayor parte de los recursos del programa están destinados al aumento en el acceso de poblaciones pobres en el área rural a un Conjunto Básico de Servicios de Salud (CBSS) a través de procesos competitivos de adquisición con el sector privado.

2.4 De acuerdo con la estrategia el programa financiará asistencia técnica, capacitación, programas piloto, inversiones en equipamiento hospitalario y servicios de extensión de cobertura. El programa tiene cuatro componentes principales. El primero se relaciona con el fortalecimiento institucional y el desarrollo organizacional del MSPAS. El segundo se relaciona con un programa decreciente de cofinanciamiento al gasto del Gobierno para aumentar la cobertura de servicios básicos de salud a través de convenios competitivos con proveedores públicos y privados. El tercero comprende el fortalecimiento institucional necesario para el desarrollo de la función aseguradora de salud del IGSS. El cuarto se relaciona con la movilización de recursos para el mejoramiento de gestión hospitalaria, a través de un programa piloto destinado a promover reformas en sus estructuras de direccionamiento y gestión y a aumentar la calidad en los servicios que prestan los hospitales.

2.5 El cuadro II-1 muestra las relaciones entre los problemas identificados en el capítulo I, la estrategia del programa y los indicadores de resultado. El Anexo I contiene el marco lógico del programa.

CUADRO II-1: Correspondencia entre los problemas del sector salud, las estrategias del Programa y los indicadores de logro

Problema	Estrategia	Componentes	Indicadores de logro
Ampliacion en la cobertura de servicios basicos de salud ➢ Insuficiente cobertura de los pobres en el área rural ➢ Variaciones en la calidad de los servicios básicos de salud ➢ Ineficiencia en la provisión pública ➢ Insuficiencia de oferta publica	➢ Suministro de Conjunto de Servicios Básicos de Salud por contratacion con el sector privado y por convenios de gestión en el sector público	Componente 2	➢ No menos del 90% de los nuevos beneficiarios estan cubiertos por el paquete basico de servicios para el 4o año de ejecucion ➢ 90% de las embarazadas cubiertas por el programa recibieron control prenatal de acuerdo a los protocolos establecidos para el 4o año de ejecucion ➢ El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para la promocion y atencion preventiva de la salud aumenta durante la ejecucion del programa del 43% en el primer año al 50% en el cuarto año
Debilidad institucional ➢ Debilidad institucional del MSPAS ➢ Debilidad organizacional en las areas de salud ➢ Debilidad organizacional en la oferta privada de servicios basicos	➢ Desarrollo de acciones de apoyo al MSPAS para cumplir funciones de rectoria y regulacion. ➢ Fortalecimiento de sistema de vigilancia epidemiologica y del sistema de prevencion y atencion de desastres ➢ Fortalecimiento de capacidades organizacionales clave del MSPAS ➢ Desconcentracion de funciones clave a las areas de salud	Componente 1 (MSPAS) Componente 2 (Oferta privada)	➢ El 100% de las areas y hospitales con la estructura y los sistemas de información administrativa y financiera en operacion ➢ El 100% de los reglamentos vigentes del Código de Salud se esta aplicando ➢ Montaje, implementacion e integracion en el nivel central y en el 100% de las areas de salud del sistema de vigilancia epimediologica y de prevencion y atencion de desastres
Debilidad en la funcion aseguradora del IGSS	➢ Fortalecimiento de capacidades de contratacion y pago de servicios, gestion financiera, seguimiento y evaluacion	Componente 3	➢ El gasto del IGSS en servicios contratados por prestacion de servicios de salud aumenta durante la ejecucion del programa del 11% en el primer año al 35% en el cuarto año

Los hospitales públicos ➢ Sistemas débiles de direccionamiento, gestión y financiamiento ➢ Baja productividad en los servicios ➢ Baja calidad en los servicios ➢ Debilidades organizacionales	➢ Introducir incentivos financieros que vinculen los pagos a los hospitales con su desempeño a través de convenios de gestión; ➢ Ejecutar programas de asistencia técnica para el mejoramiento de la gestión hospitalaria. ➢ Modernizar el sistema de convenios de desempeño entre el MSPAS y los hospitales	Componente 4	➢ 100% de los hospitales seleccionados cumplen con metas de productividad, eficiencia, calidad y satisfaccion del usuario en los convenios al final del programa

1. Componente 1: Fortalecimiento institucional del MSPAS (US$9,20 millones)

2.6 Este componente tiene como objetivo promover el desarrollo de las capacidades institucionales esenciales para que el MSPAS pueda ejercer los papeles y responsabilidades criticos que le asigna el Código de Salud en lo que se refiere a la rectoría del sector salud y al control de los factores de riesgo que afectan la salud de las poblaciones. Para el logro de su objetivo, el componente financiará sus actividades a través de dos subcomponentes.

a. Subcomponente 1a. Desarrollo organizacional del MSPAS (US$5,18 millones)

2.7 Este subcomponente financiará las actividades necesarias para que el MSPAS desarrolle los procesos administrativos criticos para la implementación de su nueva estructura organizacional y para que pueda contar con los recursos humanos, los instrumentos de política y las tecnologías necesarias para ponerla en marcha tanto a nivel central como descentralizado. Mediante la asistencia técnica, capacitación e inversiones en equipamiento el subcomponente desarrollará las siguientes actividades:

i. Desarrollo organizacional del MSPAS en su nivel central y descentralizado;

ii. Desarrollo e integración de los subsistemas de financiamiento, suministros, estadisticas de salud, producción de servicios y recursos humanos del sistema de información gerencial en salud (SIGSA) del MSPAS que comenzó a desarrollarse en la primera etapa del PMSS;

iii. Diseño y montaje de un sistema de información para el seguimiento de los costos, y la producción y la calidad de los servicios de salud que suministren los proveedores públicos y privados que contraten el MSPAS;

iv. Desarrollo organizacional del Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM), incluyendo el desarrollo de normas y procedimientos para las compras y adquisiciones y la introducción de innovaciones en los sistemas de pago a los proveedores de servicios de salud;

v. Fortalecimiento e integración de los sistema de vigilancia epidemiológica y de atención y prevención de desastres;

vi. Desarrollo de un plan de seguimiento y evaluación de programas prioritarios de salud; y,

vii. Desarrollo, implantación y evaluación de una estrategia de comunicación para promover consensos y acuerdos en materia de la reforma de la salud.

b. Subcomponente 1b: Desarrollo de la capacidad rectora y de regulación (US$4,02 millones)

2.8 Este subcomponente financiará asistencia y actividades de capacitación destinada a: (i) reglamentar el Código de Salud en aspectos relacionados con la regulación de los mercados de servicios médicos y de fármacos y alimentos; (ii) desarrollar la capacidad de formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas en salud, así como la capacidad de planeación estratégica del MSPAS; (iii) reglamentar, en consenso con otras autoridades ambientales, los aspectos del Código de Salud relacionados con la protección de la población frente a los riesgos ambientales; y (iv) establecer las bases para el desarrollo de un sistema de inspección, vigilancia y control de riesgos para la salud.

2. Componente 2: Apoyo a la extensión de cobertura (US$34,28 millones)

2.9 Este componente tiene como objetivos: (i) complementar los esfuerzos del GdG para extender la cobertura de servicios básicos de salud a poblaciones pobres del área rural; (ii) modernizar el proceso de adquisiciones de servicios de salud, pasando progresivamente hacia procedimientos competitivos; (iii) promover el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas en el suministro público y privado de servicios básicos de salud; y (iv) fortalecer la capacidad del MSPAS para monitorear y evaluar el programa de extensión de coberturas.

a. Subcomponente 2a: Financiamiento de servicios básicos de salud (US$18,27 millones)

2.10 Los resultados del programa de extensión de coberturas ejecutado por el GdG entre 1997 y 1999 demuestran impactos significativos sobre la proporción de población en estado de pobreza extrema que ha comenzado a tener acceso a un Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS). Dado el impacto social de esta inversión y los acuerdos de paz, el GdG planea extender dicha cobertura hasta llegar a una población objetivo de 4,6 millones de personas.

2.11 Este subcomponente contempla la expansión en la cobertura del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS) a través del financiamiento del CSBS hasta para 500 mil beneficiarios nuevos por un valor anual de cerca de $12 per cápita. Las metas anuales de cobertura para nuevos beneficiarios y el esquema de financiamiento propuesto se presentan en el cuadro II-2. Para garantizar la sostenibilidad de la inversión en nueva cobertura el financiamiento del BID irá disminuyendo progresivamente del 100%, para 250.000 beneficiarios en el primer año, hasta el 25% para 500.000 beneficiarios en el cuarto año.

CUADRO II-2: Programa de extensión de coberturas: esquema de financiamiento y coberturas esperadas en miles de personas

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Totales
Número de beneficiarios (Miles)	250	300	400	500	NA
Financiamiento BID	100%	75%	50%	25%	NA
Financiamiento GdG	0%	25%	50%	75%	NA
Costo del Programa (Miles US$) (1)	3.000	3.600	4.800	6.000	17.400
Financiación BID	3.000	2.700	2.400	1.500	9.600
Financiación Local	0	900	2.400	4.500	7.800

N.A.: No aplica

(1) No incluye los costos de seguimiento y evaluación

2.12 A efectos de asegurar que la extensión de cobertura a través de convenios con entidades privadas sea exitosa, el diseño ha seguido las lecciones principales de la evaluación de medio término del PMSS-I. Con base en ello, el programa reglamentará de acuerdo con el Banco el proceso de adquisición de servicios básicos incluyendo el modelo de convenio a ser utilizado entre el MSPAS y los proveedores públicos y privados, los mecanismos de pago, protocolos y estándares clínicos, así como los indicadores de desempeño que permitan medir la ejecución del convenio.

2.13 Además, se financiará por un monto de US$870.000 el diseño de un sistema de información para el seguimiento de los costos y producción de los proveedores públicos y privados y se elaborará un plan de acción y términos de referencia para la ejecución de un programa de auditoría concurrente que verifique de forma iterativa la efectiva prestación de servicios a los beneficiarios y el logro de las metas de cobertura y financiamiento. El programa financiará el diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación para el programa de extensión de coberturas.

b. Subcomponente 2b: Modernización de la adquisición de servicios básicos de salud (US$13,10 millones)

2.14 Los objetivos de este subcomponente son: (i) introducir procedimientos competitivos no restrictivos en la adquisición de servicios básicos de salud con proveedores públicos y privados; (ii) trasladar como mínimo el 70% de los convenios existentes a la fecha de aprobación del presente programa hacia convenios competitivos; y (iii) evaluar las ganancias en eficiencia que se obtenga de dicha transición. Para ello, el subcomponente financiará hasta un 30% del costo de los convenios de prestación de servicios que actualmente ejecuta el MSPAS con ONGs en todo el país. El monto total de financiamiento de este componente a lo largo del programa no excederá de US$12.1 millones. Las metas de transición a convenios competitivos que este subcomponente logrará en tres departamentos son: (i) 10% de los convenios en el año 1; (ii) 15% adicional en el año 2; (iii) 20% adicional en el año 3; y (iv) 25% adicional en el año 4.

CUADRO II-3: Programa de extensión de coberturas: esquema de financiamiento y coberturas esperadas de la modernización en la adquisición de servicios básicos de salud

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Totales
Número de beneficiarios (Miles)	63	162	301	482	NA
Financiamiento BID	10%	25%	45%	70%	NA
Costo del Programa (Miles de US$)	931	2,163	3,881	6,125	13,100
Modernización en la adquisicion de servicios básicos de salud	756	1,948	3,611	5,785	12,100
Seguimiento y evaluación	175	215	270	340	1,000

2.15 Dentro del período de los cuatro años de ejecución el programa espera demostrar, a través de una evaluación externa contratada para tal fin, evidencia de los beneficios que, en términos de eficiencia, se han logrado a través de la introducción de procesos de contratación competitivos.

c. Subcomponente 2c: Introducción de innovaciones en el suministro de servicios básicos de salud (US$2,91 millones)

2.16 El objetivo de este subcomponente es implementar innovaciones destinadas a incrementar la eficiencia y la efectividad en el suministro de servicios básicos de salud por parte de proveedores públicos y privados.

2.17 Para ello financiará actividades de asistencia técnica y capacitación destinadas a ejecutar planes piloto y un programa de fomento a innovaciones que se describen a continuación.

i. Plan piloto de redes de proveedores de servicios básicos de salud

2.18 El objetivo del plan piloto es promover innovaciones organizacionales que aumenten la eficiencia y efectividad de los proveedores públicos y privados de servicios de salud en los niveles locales a través de la integración de funciones administrativas y de la coordinación interorganizacional de la atención a los usuarios.

2.19 El plan piloto conformará hasta cinco (5) redes integradas en los departamentos elegibles. En estas zonas, el programa financiará estudios, seminarios, consultorías y actividades de capacitación destinadas a la conformación de redes a través de alianzas estratégicas entre las organizaciones que prestan servicios de salud (públicas y privadas) y una entidad administradora de servicios de salud. El plan piloto implementará los mecanismos de integración interorganizacional, apoyará el desarrollo de capacidades organizacionales comunes a los integrantes de la red, incluyendo los mecanismos de comunicación y coordinación y los sistemas de información clínica y administrativa. Financiará, también, la evaluación de los costos y los beneficios de la creación de estas redes.

ii. Programa de comunicación educativa en salud

2.20 Esta actividad piloto financiará el diseño, puesta en marcha y evaluación de un programa de comunicación educativa en salud a un costo de US$2 per cápita para cerca de 350.000 personas en zonas rurales e indígenas beneficiarias del SIAS. El programa será diseñado para complementar la entrega de las atenciones del CSBS y utilizará avances recientes en materia de educación en salud para generar hábitos de autocuidado en el hogar. Utilizará, también, las lecciones aprendidas de

cooperaciones técnicas anteriores de otros donantes para formular una estrategia de comunicación con un número reducido y sistemáticamente seleccionado de mensajes claves. Determinará las poblaciones meta primaria y secundarias y establecerá la estrategia de medios, incluyendo material de audio e impreso apropiado pero genérico que pueda ser adaptado a distintos ámbitos lingüísticos y culturales. Financiará la adaptación y reproducción de materiales a idiomas y en cantidades adecuadas para cubrir a la población meta de la actividad piloto a través de las agencias proveedoras públicas y privadas. Financiará también la capacitación de personal del MSPAS (nivel central y distrital) y de los equipos básicos de salud de las agencias proveedoras de naturaleza pública y privada: médicos, facilitadores, promotores y comadronas.

2.21 El plan piloto tendrá una duración de 3 años y será evaluado en términos de su impacto en conductas de salud en poblaciones beneficiarias utilizando poblaciones controles para propósitos comparativos.

iii. Fomento de innovaciones orientadas a poblaciones indígenas

2.22 Esta actividad financiará un programa de fomento a las innovaciones en el suministro de servicios básicos de salud a poblaciones indígenas. El programa estimulará, de acuerdo al reglamento que se acuerde con el Banco, aquellas organizaciones públicas y privadas cuyas contribuciones a la gestión y suministro de servicios básicos de salud demuestren prácticas de excelencia y lecciones valiosas para la entrega de servicios a poblaciones indígenas. El programa focalizará su atención en aquellas prácticas que permitan: (i) aumentar el acceso y calidad de servicios de salud a grupos indígenas; (ii) promover la integración de elementos de la medicina tradicional al CSBS; y (iii) involucrar a las comunidades indígenas en el proceso del mejoramiento, gerencia y fiscalización social de servicios básicos de salud.

2.23 La herramienta principal para este esfuerzo será un programa anual de concurso de méritos para los proveedores públicos y privados que generen contribuciones en materia de oportunidad, calidad, comunicación educativa, fiscalización social de los servicios de salud y respuestas culturalmente sensibles a las necesidades de los beneficiarios indígenas.

3. Componente 3: Fortalecimiento de la función aseguradora del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (US$3,8 millones)

2.24 Este componente tiene como objetivo fortalecer la función aseguradora de riesgos de salud del IGSS. Para ello financiará asistencia técnica para: (i) la reestructuración funcional, financiera y contable del IGSS; y (ii) el diseño de los sistemas de información financiera exigidos por la estructura organizacional que sea establecida.

2.25 Este componente financiará asistencia técnica para que el IGSS modernice su función de aseguramiento en salud en lo relacionado con su capacidad institucional, su gestión financiera y la contratación de servicios de salud. En términos institucionales: (i) la definición estratégica de las funciones básicas de aseguramiento; (ii) el inventario del recurso humano; (iii) el diseño e implementación del plan de cambio en la cultura organizacional; (iv) la conformación de cuadros líderes del cambio organizacional; y (v) el diseño y desarrollo de sistemas de control de gestión. En términos de gestión financiera, el

programa financiará: (i) el rediseño de los procesos básicos de recaudo, afiliación y carnetización, de verificación y comprobación de derechos; (ii) el diseño del sistema de información financiera; y (iii) el diseño de sistemas de control de gestión en el área financiera. En términos de contratación de servicios de salud, el programa financiará asistencia técnica para fortalecer el Departamento de Servicios Contratados del IGSS en áreas como la estructura de los contratos, la identificación de necesidades en sus usuarios, la creación de paquetes de beneficios, innovaciones en los mecanismos de pago y la negociación y seguimiento de contratos.

2.26 Si bien la reforma del sistema de pensiones no forman parte del Programa, dada la interdependencia financiera entre estas y el manejo financiero de los riesgos de salud, se financiarán los estudios básicos para identificar la viabilidad de reformas que afecten la prestación de servicios de salud y el sistema provisional.

4. Componente 4: Programa de mejoramiento de la gestión hospitalaria (US$11,63 millones)

2.27 Este componente tiene como objetivo aumentar la productividad y la calidad de los servicios en un mínimo de siete hospitales del MSPAS a través de mejoras en el direccionamiento, la gestión y el financiamiento de éstos. Para ello financiará un programa de asistencia técnica que diseñará, ejecutará y evaluará: (i) la competencia entre hospitales por recursos de inversión; (ii) el desarrollo de un modelo desconcentrado de direccionamiento y gestión hospitalaria; (iii) la profundización de los esquemas de presupuestación hospitalaria en función de productividad y desempeño; (iv) la modernización de la modalidad de convenios de gestión en los hospitales piloto; y (v) un programa de modernización de la gestión, incluyendo recursos para la externalización de algunos servicios hospitalarios.

2.28 Para lograr sus objetivos, el componente finaciará la creación del Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (PROHOSPITAL) el cual será ejecutado en áreas geográficas con alta concentración de pobreza. El programa financiará la contratacion de una firma consultora que coordine la operación del PROHOSPITAL.

2.29 Previo a la entrada en operación de PROHOSPITAL el programa analizará alternativas para el financiamiento hospitalario en función de los resultados y diseñará un Reglamento Operativo para PROHOSPITAL el cual detallará su operación. PROHOSPITAL operará como un programa competitivo cuyos recursos estarán destinados al mejoramiento de la gestión. EL MSPAS establecerá compromisos de gestión reglamentados por el programa con los hospitales beneficiarios.

2.30 Las inversiones del programa promoverán el mejoramiento de los procesos administrativos y clínicos del hospital, y priorizarán aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos y pediátricos y, dentro de éstas, al listado de equipos prioritarios que sea detallado por el Reglamento Operativo de PROHOSPITAL.

2.31 El programa promoverá la implementación de normas de bioseguridad, seguridad ocupacional y eliminación de desechos como parte del proceso de modernización de la gerencia hospitalaria.

a. Administración del proyecto (US$4,03 millones)

2.32 **Unidad Coordinadora del Programa (UCP).** Este contempla asistencia técnica para financiar la contratación de consultores de corto y largo plazo que formarán parte de la UCP con el fin de apoyar al MSPAS en su condición de ejecutor del programa. Asimismo, se contempla el financiamiento de apoyo logístico para gastos en papelería, combustible, mobiliario y el equipo necesario para la ejecución del programa.

C. Costos y financiamiento del Programa

2.33 El costo total del programa se ha estimado en US$66,12 millones detallado en el cuadro II-4 dividido en: (i) US$55,44 millones del Banco a través de la Facilidad Unimonetaria y con recursos de su Capital Ordinario (CO) en dólares de los EU y (ii) US$10,68 millones que corresponde a recursos de contrapartida del GDG. Dado que el programa clasifica como una inversión focalizada en la pobreza (IFP), se aplicarán 4 puntos porcentuales adicionales al financiamiento del Banco. Se incluyen US$554.000 para supervisión (FIV). Asimismo, el GdG atenderá el pago de los intereses del préstamo y la comisión de crédito con sus recursos corrientes, los cuales serán asignados y pagados por el Ministerio de Finanzas Públicas. El cuadro II-5 presenta las condiciones del préstamo.

Cuadro II-4: Costos totales (millones de US$ equivalentes)

CATEGORIA DE GASTOS	BID	GDG	TOTAL	%
Componente 1				
Desarrollo Organizacional de MSPAS	4.72	0.46	5.18	
Desarrollo de la capacidad rectora y de regulacion	3.66	0.36	4.02	
Subtotal	**8.38**	**0.82**	**9.20**	**14%**
Componente 2				
Financiamiento de Servicios Basicos de Salud	10.47	7.80	18.27	
Modernizacion de la adquisicion de servicios basicos de salud	12.10	-	12.10	
Seguimiento y evaluacion del programa de extension de cobertura	1.00		1.00	
Innovaciones en provision de servicios de salud	2.91	-	2.91	
Subtotal	**26.48**	**7.80**	**34.28**	**52%**
Componente 3: Fortalecimiento IGSS	**3.43**	**0.38**	**3.81**	**6%**
Componente 4 Modernizacion de la gestion hospitalaria	**10.47**	**1.16**	**11.63**	**18%**
			-	
Administración	**3.83**	**0.20**	**4.03**	**6%**
Auditoria financiera	**0.70**	-	**0.70**	**1%**
Imprevistos	**1.60**	**0. 31**	**1.91**	**3%**
GASTOS FINANCIEROS				
FIV	0.55		**0.55**	
Total gastos financieros	**0.55**		**0. 55**	**1%**
COSTO TOTAL DEL PROYECTO	**55.44**	**10.68**	**66.12**	
% por fuente	**84%**	**16%**	**100%**	

Cuadro II-5: Condiciones del préstamo

Fuente de financiamiento	Capital Ordinario (CO)
Moneda	US$ Facilidad Unimonetaria
Monto	US$ 55.44 millones
Condiciones	
Período de desembolso	4.5 años
Período de ejecución	4 años
Período de gracia	4.5 años
Período de gracia	4.5 años
Período de amortización	30 años
Tasa de interés	variable
Supervisión y vigilancia	1% del monto total del préstamo
Comisión de Crédito	0.75% anual sobre el saldo no desembolsado

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Estrategia de ejecución

3.1 El prestatario será la República de Guatemala. El ejecutor del Programa será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través de sus direcciones de línea, siguiendo el modelo de ejecución del PMSS-I. El Ministerio contará con el apoyo de una Unidad Coordinadora del Programa (UCP).

3.2 Los recursos financieros del programa serán depositados en una cuenta bancaria en el Banco de Guatemala establecida para los propósitos de esta operación. En la medida en que aplique, los recursos de dicha cuenta serán utilizados para financiar las actividades programadas, sean éstas dentro del MSPAS, del IGSS o de los hospitales. El MSPAS será el único agente autorizado para realizar los desembolsos procedentes de esa cuenta, y el único responsable ante el Banco de llevar los registros necesarios para la adecuada administración financiera del Programa.

3.3 El diseño seleccionado incluye un mecanismo de ejecución flexible que combina dos elementos: (i) la elaboración de planes operativos anuales que serán ajustados mediante revisiones técnicas que realizará el equipo del proyecto; y (ii) el seguimiento permanente de las metas del programa.

3.4 Debe tenerse en cuenta que se pretende hacer de la ejecución del programa un medio de fortalecimiento institucional del MSPAS. Por ello, durante la ejecución del PMSS-II el Ministerio contará con el apoyo técnico de la UCP y de consultorías contratadas para lograr una eficaz transferencia tecnológica y la sostenibilidad institucional del Programa.

B. Marco operativo para la ejecución del Programa

3.5 El Programa financiará la ejecución de sus actividades a través de financiamiento de servicios de salud, asistencia técnica, e inversión. El esquema de ejecución preparado es el siguiente:

1. Financiamiento de servicios de salud para la extensión de coberturas

3.6 La prestación de los servicios de salud será contratada con proveedores públicos y privados locales los cuales serán certificados por el MSPAS de acuerdo a las normas que establezca el Programa.

3.7 El seguimiento financiero y técnico de la ejecución de las actividades del componente de extensión de cobertura de servicios básicos de salud se realizará a través de una auditoría concurrente la cual será contratada con una firma especializada. **La contratación de dicha firma será condición previa al primer desembolso del Componente 2.**

3.8 El manual operativo del Programa reglamentará las características que deberá tener el mecanismo competitivo para la adquisición de servicios de salud. Los elementos a considerar incluirán, como mínimo, los mecanismos de pago, los mecanismos de garantía de calidad, y los requerimientos de información. **La aprobación por el Banco del Manual Operativo del Programa y los convenios modelo que se utilizarán para la ejecución del programa será condición previa al primer desembolso del programa.**

2. Financiamiento de asistencia técnica

3.9 La asistencia técnica del Programa se dirigirá a fortalecer el MSPAS, el IGSS, los hospitales y los proveedores públicos y privados de servicios básicos de salud a través de la contratación de servicios especializados de consultoría.

3.10 **La aprobación por el Banco del reglamento operativo del PROHOSPITAL será condición previa al primer desembolso del Componente 4.**

3.11 El Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (PROHOSPITAL) requerirá dos tipos de asistencia técnica: (i) una de apoyo administrativo para los hospitales beneficiarios; y (ii) otra para coordinar la operación del PROHOSPITAL y realizar el seguimiento a los hospitales beneficiarios. Estas actividades serán ejecutadas por diferentes firmas consultoras.

3. Financiamiento de la inversión

3.12 El financiamiento de la inversión estará dirigido hacia dos líneas: (i) el Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (PROHOSPITAL); y (ii) la compra de equipo de cómputos y radiocomunicaciones.

3.13 PROHOSPITAL funcionará como un mecanismo central y temporal administrado por una firma especializada contratada para tal fin. Tendrá un reglamento operativo que establecerá las líneas de inversión y los criterios de evaluación para la selección de los proyectos. Estas inversiones estarán dirigidas prioritariamente a mejorar la calidad de los servicios materno-infantiles.

3.14 Los hospitales que reciban las inversiones firmarán convenios de gestión con el MSPAS. El cumplimiento de las metas contractuales permitirá al MSPAS generar incentivos para el fortalecimiento de la capacidad de gestión y de financiamiento de los con recursos que provendrán de la contrapartida local.

3.15 **La contratación de la firma que coordinará la operación del PROHOSPITAL será condición previa al primer desembolso del Componente 4.**

C. Administración del Programa

3.16 El PMSS-I tiene una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) en operación. Esta Unidad ha adquirido una gran experiencia en la ejecución de operaciones del Banco y se ha demostrado capaz de ejecutar el presupuesto de la Fase I. Con transformaciones a su estructura y funciones actuales, esta unidad tendrá la capacidad de coordinar la ejecución del PMSS-II. Para ello creará dos grupos de apoyo (uno técnico y otro administrativo) y contratará una consultoría especializada para apoyar el PROHOSPITAL. El cuadro III-1 presenta la estructura y funciones de la Unidad Coordinadora y el cuadro III-2 las responsabilidades de ejecución dentro del MSPAS.

CUADRO III-1:ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA

GRUPO DE APOYO TECNICO	GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	PROHOSPITAL (FIRMA CONSULTORA)
➢ Apoyo técnico al MSPAS y el IGSS. ➢ Seguimiento técnico a los hospitales del MSPAS ➢ Preparación de términos de referencia para la contratación de bienes y servicios. ➢ Supervisión de la ejecución del programa. ➢ Realización de informes técnicos;	➢ Administración financiera del programa. ➢ Preparación de convenios; ➢ Apoyo con personal profesional y técnico al Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM)	➢ Coordinación de las actividades del programa según las normas establecidas por su reglamento operativo. ➢ Valoración y seguimiento de los planes estratégicos de los hospitales. ➢ Ejecución periódica de concursos de méritos para proyectos de inversión. ➢ Evaluación y seguimiento de los proyectos de inversión.

3.17 El Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM) del MSPAS estará a cargo de las adquisiciones del Programa. Para ejercer estas funciones contará con el apoyo del grupo de apoyo administrativo y financiero de la UCP, mediante la asignación de tres profesionales y el personal auxiliar requerido para su apropiada operación. El financiamiento del personal profesional de la UCP con cargo al financiamiento del Banco será decreciente, y se espera que al cuarto año de ejecución del proyecto, éstos cargos hayan sido transferidos al presupuesto de la contrapartida local. La experiencia del PMSS-I con las agencias internacionales de adquisiciones disponibles en el país no ha sido positiva. Se espera que el esquema propuesto mejore la eficiencia administrativa, reduzca el costo de operación y fortalezca la capacidad de contratación y compra de servicios de salud del Ministerio.

3.18 El Coordinador de la UCP será seleccionado por el Ministro de Salud con base en los términos de referencia aprobados por el Banco. El personal de apoyo técnico, administrativo y financiero, así como el personal permanente de apoyo de la UCP serán seleccionados por el Coordinador de la UCP. Los términos de referencia y los perfiles profesionales de este personal, formarán parte del Manual Operativo del Programa.

CUADRO III-2: Correspondencia entre actividades y responsables

Actividades a Ejecutar	Unidad Responsable de su Ejecución
Fortalecimiento institucional del MSPAS	
Desarrollo organizacional	Dirección General Administrativo Financiera
Desarrollo de la capacidad rectora y de regulación	Dirección General de Control, Regulación y Vigilancia
Apoyo a la extensión de coberturas	
Financiamiento de servicios básicos de salud	Gerencia General Administrativo Financiera-Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento
Apoyo a la transición hacia contratos	Gerencia General Administrativo Financiera-Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento
Innovaciones en servicios básicos de salud	Dirección General de Control Regulación y Vigilancia
Fortalecimiento de la función aseguradora del IGSS	
Fortalecimiento institucional y financiero	Dirección General Financiera del IGSS
Fortalecimiento de contratación	Departamento de Servicios Contratados del IGSS
Programa de mejoramiento de la gestión hospitalaria (PROHOSPITAL)	Firma externa coordinadora del PROHOSPITAL Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud

D. Auditoría concurrente

3.19 Durante la ejecución del Programa el Ministerio contará con el apoyo de una firma externa que verificará de manera concurrente: (i) el cumplimiento de las normas y procedimientos acordados con el Banco en la adquisición de servicios básicos de salud; (ii) el alcance en las metas de cobertura, calidad y financiamiento previstas en el componente de extensión de cobertura; y (iii) la provisión efectiva de servicios a los beneficiarios prevista en este mismo componente. Esta actividad será financiada con recursos del financiamiento del Banco.

E. Procedimientos para contratación y adquisición de bienes, servicios y obras

3.20 La licitación pública internacional será obligatoria para la contratación de obras por encima de US$1,500.000, para las adquisiciones de bienes por encima de US$250.000 y para la contratación de servicios de consultoría superiores a US$200.000. Solamente en el caso de la contratación de los proveedores de los servicios básicos de salud del componente 2 se recomienda establecer el límite de US$300.000.

3.21 Las contrataciones por montos inferiores a estos límites procederán de acuerdo con el esquema siguiente: Se empleará licitación pública nacional para obras entre US$100.000 y US$1.499.999, para bienes entre US$50.000 y US$249.999, para servicios de consultoría entre US$50.000 y US$199.999, y para la contratación de los proveedores de los servicios básicos de salud del componente 2 entre US$50.000 y US$299.999. Por debajo de estos límites se utilizará el sistema de 3 cotizaciones y, para los servicios de consultoría, se incluirán los términos de referencia. El cuadro III-3 resume los procedimientos para contratación y adquisición de bienes y servicios.

Cuadro III-3: Procedimientos de adquisiciones y contratación

Obras	Bienes	Servicios	S. de Salud
Mas de US$1 500.000 LPI	Mas de US$250 000 LPI	Mas de US$200 000 LPI	Mas de US$300.000 LPI
Entre US$100 000 y US$1 499 999 LPN	Entre US$50 000 y US$250 000 LPN	Entre US$50.000 y US$200.000 LPN	Entre US$50.000 y US$300 000 LPN
Menos de US$50 000 CP	Menos de US$50 000 CP	Menos de US$50.000 CP	Menos de US$50 000 CP

LPI licitacion publica internacional
LPN licitacion publica nacional
CP concurso de precios

3.22 Durante el primer año el Banco podrá revisar en forma ex post la contratación de obras, la adquisición de bienes y la contratación de servicios de consultoría con cargo a la contrapartida local y por montos inferiores al equivalente de US$100.000 A partir del segundo año, conforme a los resultados de la primera revisión técnica anual, y habiendo hecho un seguimiento cercano a los procesos de adquisiciones que adelante el Ejecutor, el Banco podrá incrementar este monto y hacer revisiones ex post para todas las adquisiciones y contrataciones que se hagan por debajo de los límites establecidas para licitación pública internacional.

3.23 El Manual de Operaciones del Programa incluirá los procedimientos y lineamientos pertinentes que deben seguir las adquisiciones de bienes y servicios y el financiamiento de servicios básicos de salud. En el Anexo II se presenta el Pan de Adquisiciones.

F. Calendario de desembolsos

3.24 El cronograma tentativo para los desembolsos del Programa se presenta en el cuadro III-4.

Cuadro III-4: Desembolsos del Programa
(miles de USD)

FUENTE	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	TOTAL
BID	13.93	15.76	13.22	12.53	55.44
APORTE LOCAL	0.67	1.92	3.06	5.03	10.68
TOTAL	14.59	17.68	16.28	17.56	66.12
%	22%	27%	25%	27%	100%

G. Fondo rotatorio

3.25 Con base en las actividades a ejecutar y el ritmo previsto de ejecución de este programa durante el primer año, se recomienda que se constituya un fondo rotatorio de hasta el equivalente al 5% del financiamiento.

H. Seguimiento del Banco durante la ejecución

3.26 El equipo del proyecto (RE2/SO2 y COF/CGU) apoyará técnicamente la ejecución del proyecto en el marco de la reforma del. Para ello ejecutará acciones que, entre otras, incluirán las siguientes:

a. Taller de inicio

3.27 En un período no mayor de tres meses después de declarada elegible la operación, el prestatario organizará, con el apoyo del Banco, un Taller de inicio del Programa. En el Taller participarán los equipos directivos del MSPAS (nivel central, áreas de salud y hospitales) y del IGSS (nivel central y hospitales) y el equipo de la UCP. El contenido, duración y alcances del taller serán previamente acordados con el Banco. Esta actividad será financiada con recursos del financiamiento del Banco.

b. Revisiones técnicas anuales

3.28 El ejecutor presentará al Banco a más tardar en febrero de cada año un informe anual de la ejecución del programa especificando el estado de cumplimiento de las metas anuales. Este informe así como los reportes de la auditoría concurrente servirán de insumo para la realización de la reunión anual de revisión técnica la cual se realizará durante el segundo trimestre de cada año. Con base en esta revisión técnica, se podrán hacer ajustes al plan de acción del año subsiguiente del Programa, así como al anteproyecto de presupuesto del MSPAS de aquellas acciones que garanticen el cumplimiento de las metas del programa y los compromisos establecidos en el Contrato de Préstamo.

3.29 Las actividades a ser tratadas en las revisiones técnicas anuales incluyen, en forma preliminar, las siguientes: (i) revisión de la ejecución y logros del programa durante el año anterior; (ii) evaluación de los mecanismos de ejecución y coordinación del programa, (iii) revisión del estado de avance de los estudios y consultorías contratadas, así como de los productos de éstos; (iv) consideración de los ajustes propuestos para el plan operativo propuesto por el ejecutor para el siguiente año; y (v) ajustes de las metas y definición de medidas correctivas para la adecuada ejecución y coordinación del programa.

c. Evaluación de medio término

3.30 Una vez se haya comprometido el 50% de los recursos del préstamo o a los dos años contados a partir del primer desembolso, el Banco realizará una evaluación de medio término la cual profundizará en el análisis de los aspectos evaluados durante las evaluaciones técnicas anuales. Los términos de referencia para esta evaluación forman parte de los archivos del Programa.

d. Seguimiento técnico del programa

3.31 El programa diseñará, un sistema integrado de seguimiento y evaluación. Para apoyar institucionalmente al MSPAS en esta área se contratarán firmas consultoras que ejecuten *in situ* las actividades de seguimiento y evaluación y presten asistencia técnica y capacitación al MSPAS. Los costos del seguimiento y evaluación del programa, incluyendo los de auditoría concurrente del componente 2 forman parte del costo de cada componente.

J. Auditoría externa

3.32 El ejecutor presentará anualmente al Banco y durante el período de ejecución del programa estados financieros del programa auditados por firma de auditores independiente aceptable al Banco y de acuerdo con requisitos satisfactorios para éste. Esta actividad será financiada con recursos del financiamiento del Banco.

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Introducción

4.1 En términos de política sanitaria el programa propuesto será implantado dentro de un entorno favorable pero su sostenibilidad a largo plazo dependerá primordialmente de la respuesta de los actores del sector privado y de la capacidad del gobierno para aumentar los ingresos fiscales. El gobierno, el MSPAS, y la sociedad civil (a través de los acuerdos de paz) han demostrado un sólido apoyo para la expansión de la cobertura de los servicios de salud para las poblaciones pobres del área rural.

4.2 El MSPAS ha hecho importante progreso en la modernización de su gerencia y de sus servicios y ha logrado un nivel de coordinación sin precedentes con el IGSS. Las inversiones del programa tendrán beneficios directos para las poblaciones más vulnerables del país a través de la extensión del suministro de un paquete de servicios altamente costo-efectivos, del aumento en el gasto per-cápita en servicios básicos de salud, en especial materno-infantiles (reduciendo así la carga financiera sobre el presupuesto de las familias pobres), y mejorando la calidad de los servicios prestados por los hospitales públicos.

B. Viabilidad institucional

4.3 La implementación del programa se basa en las fortalezas demostradas por el MSPAS durante la ejecución del PMSS-I así como en las actividades propias del nuevo programa que se dirigen a reducir las debilidades institucionales que aún persisten.

4.4 Bajo el PMSS-I el personal de la unidad ejecutora fue dirigido por funcionarios de línea del MSPAS que tenían responsabilidades directas sobre otras funciones distintas a las del proyecto y que eran apoyados por consultores. Este arreglo institucional generó un alto nivel de apropiación del proyecto dentro del Ministerio pero, en últimas, probó ser inadecuado para garantizar el logro eficiente de todos los objetivos del proyecto.

4.5 Durante el PMSS-II la UCP estará conformada por personal de dedicación exclusiva que asumirá responsabilidad sobre la coordinación del programa, mientras que la ejecución del mismo será responsabilidad exclusiva del MSPAS. Los integrantes de la UCP coordinarán sus funciones técnicas y de apoyo administrativo con los funcionarios de línea del MSPAS responsables por la ejecución del programa. La formalización y expansión de la capacidad ejecutora del MSPAS será apoyada por las actividades del Componente 1 y por el apoyo directo que prestará la UCP al Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM) del Ministerio.

4.6 La implementación del recientemente aprobado Código de Salud mejorará también la viabilidad institucional del programa ya que simplificará y clarificará los papeles y responsabilidades de las distintas agencias gubernamentales relacionadas con los servicios de salud y la promoción de la salud. En especial, el Código establece con claridad el papel del MSPAS como la principal agencia gubernamental para ejercer la regulación y la rectoría del sector salud. El programa, a través del componente 1 financiará la reglamentación del Código de Salud y suministrará asistencia técnica

para fortalecer la coordinación entre el Ministerio, el IGSS y los actores privados del sector salud.

4.7 La ejecución del PMSS-I demostró las limitaciones del MSPAS para gestionar la política hospitalaria. Con las bases que existen en la actualidad, la segunda fase del programa suministrará continuidad y asistencia técnica en el mejoramiento de la gestión hospitalaria a través de la contratación de firmas especializadas.

4.8 Uno de los aspectos centrales para el éxito del programa reside en la respuesta del sector público y privado en la contratación de servicios de salud. La capacidad del gobierno para expandir la cobertura de servicios básicos de salud bajo el nuevo modelo de atención depende su propia capacidad institucional y de la velocidad y calidad de la respuesta del sector privado y no gubernamental. El programa mejorará esta respuesta mediante la expansión de coberturas, a través de procedimientos contractuales competitivos, así como por medio del suministro de más y mejor información sobre costos e incentivos. También, el programa suministrará asistencia técnica directa y continua a las ONGs y otras organizaciones privadas a través de firmas especializadas

C. Factibilidad ambiental y social

4.9 El marco regulador desarrollado durante la primera etapa y los avances logrados en el manejo de desechos hospitalarios serán consolidados durante la segunda fase. El programa se ocupará del fortalecimiento de las capacidades del MSPAS para controlar los riesgos para la salud provenientes del medio ambiente a través de su nueva capacidad reguladora y a través de la coordinación interinstitucional con otras agencias gubernamentales. Los anexos técnicos del proyecto contienen los términos de referencia destinados a promover el intercambio de información entre las autoridades de ambiente y salud. El componente 4 del programa consolidará los procedimientos para el manejo de desechos hospitalarios como elemento fundamental de la modernización de los servicios de los hospitales beneficiarios del PROHOSPITAL.

4.10 El programa contribuirá a los esfuerzos del GdG en la mitigación de la pobreza y constituirá un importante instrumento para acumular capital humano en los más pobres. El Programa prevé un impacto positivo en las condiciones de salud de la mujer al incluir acciones efectivas de maternidad sin riesgos y nutrición materna.

4.11 Las transformaciones organizacionales a ser ejecutadas durante la segunda están orientadas hacia la consolidación de los logros obtenidos durante el PMSS-I. No se prevé que el programa genere reducción alguna en la fuerza laboral del sector público.

D. Análisis económico y fiscal

1. Impacto fiscal y sostenibilidad

4.12 Aunque todavía no se dispone de proyecciones presupuestarias por sector después del año 2000, el Gobierno ha logrado canalizar los recursos necesarios para cumplir casi todas las metas establecidas en los Acuerdos de Paz con respecto a gastos en salud, educación y otros sectores. Esto es significativo no solamente porque las metas son ambiciosas sino también porque son mayores cada año. Sin embargo, hasta la fecha el Gobierno no ha logrado aumentar los ingresos fiscales

que requiere para cumplir con este compromiso de los acuerdos de paz. Para cumplirlo la carga tributaria tendría que aumentar en 3% del PIB en el año 2002.

4.13 El gasto en salud en Guatemala es muy bajo. Equivale solamente 2,3% del PIB lo cual son unos US$30 por persona. El promedio de la región es de 7% del PIB, o $240 por persona. Del gasto total en salud, el sector público es responsable del 60% o US$18 por persona, principalmente a través del IGSS (19%) y el MSPAS (60%). Los ingresos del IGSS están asegurados a través de la cuota laboral sobre la nómina salarial a una tasa del 6% para el seguro de enfermedad general. El IGSS atiende aproximadamente 1,6 millones de beneficiarios en el área de salud, que corresponden al 16% del total de la población del país y al 30% de la población económicamente activa[6]. Los ingresos del MSPAS provienen principalmente de los ingresos generales del gobierno, representando aproximadamente 15% del total del gasto público en el año 1999.

4.14 Después de por lo menos una década de gastos per cápita decrecientes en el sector salud, entre 1995 y 1997 el Gobierno aumentó el presupuesto del Ministerio de Salud en un 32% en términos reales para gastos recurrentes excluyendo nóminas. El Ministerio no solo aumentó el gasto en 11,5% entre 1997 y 1999 (de US$151 millones a US$169 millones) sino que logró una profunda reasignación del gasto hacia prioridades en atención primaria. El gasto en servicios de atención primaria se ha incrementado como una proporción del gasto total del MSPAS del 23% al 34% en los últimos 3 años[7]. De mayor importancia aún, este redireccionamiento del gasto logró expandir efectivamente la cobertura de los servicios públicos de salud proporcionando acceso a más de 2,5 millones de guatemaltecos pobres que no habían tenido acceso alguno previamente.

4.15 El elemento central en las metas de salud de Guatemala es la expansión en la cobertura de servicios básicos de salud, y esta fuerza constituye la principal dinámica de las proyecciones del gasto en salud. La cantidad y ritmo al cual se requerirá financiamiento para los servicios básicos de salud depende criticamente de dos factores: (i) la tasa a la cual crecerá el costo marginal de la expansión de coberturas; y (ii) el ritmo establecido por el Gobierno (o factores constrictivos externos) para lograr la meta de población objetivo. El costo total del paquete básico de servicios será de US$6 millones al cuarto año del programa, de los cuales el BID financiará el 25%. Esto significa que para cubrir 500.000 beneficiarios nuevos el gobierno sólo tendrá que financiar US$1,5 millones adicionales una vez que el financiamiento del Banco finalice. Este incremento neto en el gasto recurrente del MSPAS representa una porción mínima del gasto público en salud, o aproximadamente 3,3%. Dado el compromiso de los Acuerdos de Paz para lograr metas aún más ambiciosas (2,7 millones de personas adicionales) el PMSS-II no representará un incremento neto en el gasto más allá de los compromiso que ya tiene el Gobierno. De hecho, el financiamiento del BID acelerará el ritmo con el cual el país logrará esta meta.

4.16 Para muchos países este es aún un nivel muy bajo de gasto en salud, pero para Guatemala el actual nivel de gasto puede ser insostenible si el país no logra

---

6 De la Hoz, J. C., Informe final de consultoria. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, Julio de 1999.

7 Hernández, N., Informe final de consultoria, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, Agosto de 1999.

mejorar su esfuerzo tributario. En el área fiscal, el gasto social y la inversión han incrementado el gasto central en más de 2 puntos porcentuales hasta llegar al 12,2% del PIB en 1998. Simultáneamente, los ingresos tributarios crecieron levemente a una tasa del 9,6% del PIB durante 1998 en respuesta a medidas tributarias implantadas a principios de ese año. No obstante, los ingresos tributarios persisten por debajo de las metas de los acuerdos de paz y el déficit fiscal total ha crecido del 0,5% en 1997 a 1,5% del PIB en 1998[8].

4.17 Dado que para fines de 1999 se proyecta un déficit fiscal del 2,7% del PIB, una señal favorable para la sostenibilidad de los aumentos en el gasto social la constituye el esfuerzo actualmente en marcha para lograr un pacto fiscal que comprometería a todos los actores principales, incluyendo a los dos partidos políticos principales. El pacto establecería los mecanismos para aumentar las recaudaciones fiscales y fortalecer así la situación financiera del país.

4.18 A pesar de la ausencia de tal acuerdo a la fecha de preparar este documento, la sostenibilidad financiera del PMSS-II está garantizada no tanto por la modesta proporción del PIB que representa, sino por el hecho de que el programa estará fortaleciendo una comunidad de beneficiarios y grupos de presión social con intereses sociales sobre el programa de extensión de coberturas. La experiencia en la mayoría de países de Latinoamérica que han tratado de redireccionar el gasto público hacia los servicios primarios más costo-efectivos ha sido que aquellos responsables de los servicios secundarios y terciarios resisten tal redireccionamiento y pueden lograr detener o revertir el proceso. Por el contrario, en el caso de Guatemala los beneficiarios directos y la mezcla de proveedores del CSBS constituyen una contrapartida valiosa frente a tales presiones y proporcionan seguridad de que la reasignación de recursos se mantendrá.

2. Costo-efectividad

4.19 El programa es altamente costo-efectivo. El CSBS cuesta aproximadamente US$12 por beneficiario. Un estudio técnico ha estimado que el costo de este paquete en relación con su impacto sobre el estado de salud es de solo US$20 per AVAD[9] [10]. Este costo se compara muy favorablemente con programas similares en otros países. La efectividad del paquete proviene primordialmente de la inclusión de servicios tales como el tratamiento de la tuberculosis, la inmunización, la atención prenatal y la suplementación con hierro.

4.20 El cálculo de costo-efectividad del programa depende de la existencia de datos y de proyecciones respecto a la efectividad y cobertura de los servicios. Para lograr tales niveles de efectividad la adecuada gestión del programa requerirá de un proceso de auditoría concurrente que garantice que los servicios del CSBS se están suministrando efectiva y completamente. Requiere también la recolección, el

---

8 Banco Interamericano de Desarrollo Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud: Informe de Tercer Desembolso. Agosto 30 de 1999.

9 Bitran, Ricardo, et al., Informe final de consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC, Agosto 1999.

10 Loa AVAD son Años de Vida Ajustados a la Discapacidad, una medida de efectividad que se usa cada vez mas en los estudios de costo-efectividad para inversiones en el sector salud. a Una explicacion detallada del concepto y metodologia de los AVAD puede encontrarse en el World Bank Development Report de 1993. El uso de otras medida de resultado no se espera que afecte dramáticamente las conclusiones sobre la relación de costo-efectividad del CSBS debido a lo "basico" que este es.

seguimiento y la evaluación de la información de costos de los proveedores para asegurar que los pagos no son ni excesivos ni insuficientes. Las eficiencias que se esperan de la transición de convenios a contratos competitivos aumentará adicionalmente la relación de costo- efectividad del programa.

E. Beneficios

4.21 Los principales beneficiarios del programa son los 500.000 guatemaltecos que obtendrán acceso a los servicios incluidos en el CSBS. Estos beneficiarios son predominantemente pobres de áreas rurales del país. El CSBS está dirigido en su casi totalidad al suministro de servicios esenciales y costo efectivos de tipo materno-infantil.

4.22 Además el programa beneficiará indirectamente a cerca de 4,5 millones de guatemaltecos pobres, cuya mayoría residen en áreas rurales con mejoras en la calidad de servicios. Esto es el total de la población que se espera cubrir con el CSBS en el año 2004. Las mejoras en calidad se harán posible gracias a la implantación del PMSS-II permitirán al MSPAS ser un mejor agente de adquisición de servicios y un efectivo monitorizador de los mismos. Setecientos cincuenta mil guatemaltecos que residen en las áreas donde se ejecutarán los planes pilotos de redes de servicios y comunicación educativa se beneficiarán de los beneficios en términos de calidad y oportunidad en los servicios de salud que de esos planes se espera.

4.23 En general, el programa espera tener un impacto significativo sobre el estado de salud de la población pobre. Más de 1 millón de AVADs se "salvarán" cada año. Sin el financiamiento del Banco la expansión del programa sería mucho más lenta, dejando 48.000 mujeres sin atención prenatal, y 93.000 niños sin programas de crecimiento y desarrollo. Cerca de 1.000 recién nacidos no morirán como consecuencia de las intervenciones prenatales y perinatales del programa durante los 4 años del programa. Adicionalmente, el programa piloto de los hospitales (PROHOSPITAL) beneficiará a las mujeres y niños residentes en las áreas de referencia de los hospitales que participen en el programa ya que la operación del fondo restringe sus inversiones y obras civiles a los departamentos de ginecología y obstetricia y pediatria.

F. Riesgos

4.24 Los riesgos financieros y políticos del programa provienen del financiamiento con recursos del Banco de una porción de las metas de extensión de cobertura del GdG. Para mitigar estos riesgos, el programa ha sido diseñado de tal forma que garantice que: (i) no sustituya gasto público dedicado a servicios de salud; (ii) logre que el gasto siga aumentando paulatinamente; y (iii) asegure la existencia de recursos futuros para mantener el gasto requerido para sostener la expansión de coberturas que financia el programa. Por ello, la escala de financiamiento del Banco, en términos de beneficiarios y recursos, es decreciente. Para verificar las metas de gasto y la no sustitución de financiamiento local con el del Banco, el programa incluye una auditoría concurrente que verificará contable y técnicamente éstos aspectos. Adicionalmente, el programa prevé el diseño e implantación temprana del sistema de información que permita el seguimiento de los costos y productividad de los proveedores privados, con lo cual el GdG tendrá instrumentos con los cuales planificar mejor la incorporación de nuevos beneficiarios y los recursos fiscales requeridos por su programa de expansión de coberturas.

4.25 El Banco realizó durante la preparación un estudio de escenarios macroeconómicos que detalla la viabilidad fiscal del programa de extensión de coberturas y el ritmo de incorporación de nuevos beneficiarios. Los resultados de dicho estudio han determinado la escala del financiamiento del Banco y el ritmo de inserción de nuevos beneficiarios; sus resultados se encuentran disponibles en los archivos técnicos del programa.

4.26 El financiamiento del suministro de servicios básicos de salud tiene otros riesgos adicionales: (i) limitaciones potenciales en la oferta de servicios privados de salud; (ii) costos marginales crecientes en la extensión de coberturas; y (iii) debilidades organizacionales en las ONG con las que el MSPAS ha suscrito convenios. La experiencia del PMSS-I demuestra que la tendencia promedio de crecimiento en el número de beneficiarios ha sido del 34% anual entre 1996 y 1999 y que ha existido respuesta oportuna a esta demanda. Además, para mitigar los problemas de oferta y capacidades organizacionales el programa prevé un proceso paulatino de aumento de cobertura, una encuesta y acreditación de los proveedores disponibles, y una ejecución flexible con revisiones anuales de las metas de cobertura y financiamiento. Además, se prevé que la adquisición competitiva de servicios de salud permitirá el ingreso de proveedores adicionales al mercado de servicios básicos de salud.

4.27 Con base en las debilidades institucionales detectadas en el MSPAS y en el sector hospitalario, así como en los proveedores públicos y que prestan servicios de salud, el programa ha diseñado una estrategia de asistencia técnica que pretende mitigar dicha debilidades (componentes 1, 2 y 4). El equipo espera que el manejo de estas actividades de asistencia técnica y el acompañamiento permanente del MSPAS, las ONG y los hospitales piloto que son objeto del programa sean ejecutadas a través de firmas especializadas contratadas para tal fin.

4.28 Las transformaciones que ha iniciado el IGSS en los últimos dos años son consecuentes con la estrategia de reforma de salud del país e incorporan elementos clave para la modernización del sector. La participación del IGSS en el PMSS-II es una fortaleza para el programa ya que garantiza mayores niveles de coordinación sectorial y unidad de criterios en la formulación de políticas sectoriales. Dada la condición superavitaria del IGSS el programa sólo financiará actividades de asistencia técnica para esta entidad.

4.29 El riesgo de que las transformaciones en la función aseguradora afecten el funcionamiento del por sí debilitado sistema pensional del IGSS se mitiga en el programa por el empleo de una estrategia incremental de asistencia técnica a la organización. Esta etapa del programa enfatiza la introducción de cambios paulatinos en la capacidad gerencial del IGSS que establezcan las bases para futuras reformas estructurales.

MARCO LOGICO
GUATEMALA
Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Segunda Etapa (PMSS-II)

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
Fin del Programa			Sustentabilidad
1 Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población de Guatemala	1 1	1 1 1	a El gobierno recauda suficientes fondos para mantener los gastos de salud b Otras condiciones que determinan el estado de salud no se deterioran
Propósito del Programa			Propósito A Fin
Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas	1 1	1 1 1	a b
Proyectos			Componentes A Propósito
1 MSPAS fortalecido en sus capacidades rectora y reguladora	1 1 El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para protección de salud aumenta de X % en el año X a Y % en el año Y 1 2 (Indicador de percepción de la opinión pública respecto del MSPAS)	1 1 1 Informe de ejecución del presupuesto 1 2 1 Encuestas realizadas bajo el Componente 7 (Estrategia de Comunicación)	a Las inversiones en los rubros de protección de la salud mejoran la salud de la población b Atenciones del paquete básico mejoran salud de población

2 Cobertura y calidad de los servicios básicos de salud extendida y mejorada (mediante la utilización de contratos)	2 1 Y personas "nuevas" están cubiertas por el paquete contratado de servicios básicos de salud, para el 4° año de ejecución	2 1 1 Auditoría concurrente del Programa	c La nueva modalidad de contratos mejora la eficiencia y logra economías a ser utilizados en la extensión de cobertura
	2 2 90% de las embarazadas cubiertas por el paquete contratado de servicios básicos de salud, recibieron control prenatal de acuerdo con los protocolos establecidos, para el 4° año de ejecución	2 2 1 Informe de seguimiento del Programa	d Mejora en la eficiencia financiera del IGSS mejora su capacidad de prestar servicios de salud
3 IGSS fortalecido en su función aseguradora	3 1 % de cuentas por cobrar/pagar mejora de X a Y al final del programa	3 1 1	
	3 2 % gasto del IGSS en servicios contratados para prestación de servicios en salud aumenta del % al % al final del programa	3 2 1	
4 Productividad y calidad hospitalaria incrementadas	4 1 100% de los hospitales pilotos cumplen con metas de productividad, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario en los convenios al final del programa	4 1 1 Informe de evaluación	
	4 2	4 2 1	

Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
Fin			Sustentabilidad
1 Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas	1 1	1 1 1	a b
Propósito			Propósito A Fin
Productividad y calidad hospitalaria incrementadas	1 1 100% de los hospitales pilotos cumplen con metas de productividad, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario en los convenios al final del programa 1 2	1 1 1 Informe de evaluación 1 2 1	a Otras condiciones que determinan el estado de salud no se deterioran
Componentes			Componentes A Propósito
1 Plan de aprestamiento ejecutado 1 2 Fondo de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria establecido y evaluado	1 1 Reglamento operativo aprobado por el MSPAS a satisfacción del Banco 2 1 X % del presupuesto operativo de los hospitales beneficiados ha sido descentralizado, al 3er año de ejecución	1 1 1 Copia del reglamento aprobado 2 1 1	a Hospitales con presupuesto descentralizado usan autonomía para mejorar calidad

Extensión de Cobertura y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios Básicos

Fin 1 Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas	1 1	1 1 1	Sustentabilidad a b
Propósito Cobertura y calidad de los servicios básicos de salud extendida y mejorada (mediante la utilización de contratos)	1 1 Y personas "nuevas" están cubiertas por el paquete contratado de servicios básicos de salud, para el 4° año de ejecución 1 2 90% de las embarazadas cubiertas por el paquete contratado de servicios básicos de salud, recibieron control prenatal de acuerdo con los protocolos establecidos, para el 4° año de ejecución	1 1 1 Auditoría concurrente del Programa 1 2 1 Informe de seguimiento del Programa	Propósito A Fin a
Componentes 1 Contratos de servicios básicos de salud suscritos con proveedores privados con indicadores de calidad	1 1 El porcentaje del presupuesto de servicios básicos ejecutado a través de contratos (de acuerdo al contrato modelo) se incrementa de X % en el año X, a Y % en el año Y (de Q XXX a Q YYY)	1 1 1 Informe de ejecución presupuestaria y copia de los contratos	Componentes A Propósito a Los proveedores cumplen los términos de los contratos

	1.2 100% de los contratos firmados son capitados e incluyen los protocolos establecidos, a partir del 2° año de ejecución	1.2.1 Copia de los contratos (o del formato estándar)	b. El componente 2 del proyecto de fortalecimiento del MSPAS se ha cumplido
2. Plan piloto de redes integradas de servicios de salud ejecutado	2.1 X redes en operacion (siguiendo el modelo establecido por el Programa) para el 4° año de ejecución	2.1.1 Revisiones tecnicas anuales	c. Población asume conductas de auto cuidado
3. Plan piloto de comunicacion educativa de usuarios de Servicios Básicos de Salud diseñado, ejecutado y evaluado	3.1 30,000 hogares alcanzados por mensajes educativos para el 3er año de ejecución	3.1.1 Documento de evaluacion del piloto	d. La población mejora la forma de utilización de los servicios de salud
4. Plan piloto de promoción de innovaciones en el tipo y suministro de servicios médicos a comunidades indígenas diseñado y ejecutado	4.1 100% de las innovaciones que son premiadas han sido procesadas de acuerdo con normas establecidas en el Plan de Acción, a partir del 1er año de ejecucion	4.1.1 Revisiones técnicas anuales	e. Prácticas innovativas son adoptadas por otros proveedores de servicios

Fortalecimiento de la Función Aseguradora del IGSS

Fin			Sustentabilidad
1 Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas	1 1	1 1 1	a b
Propósito IGSS fortalecido en su función aseguradora	1 1 % de cuentas por cobrar/pagar mejora de X a Y al final del programa 1 2 % gasto del IGSS en servicios contratados para prestación de servicios en salud aumenta del % al % al final del programa	1 1 1 1 2 1	Propósito A Fin a
Componentes 1 Restructuracion funcional, financiera y contable del IGSS implantada	1 1 90% de los cargos de 3 niveles de supervisión llenados en el año 2 1 2 Reporte de gestión operativo y financiero por unidad funcionando y ratificado por la Junta Directiva en el año 2	1 1 1 Informe de Evaluación Intermedia 1 2 1 Informe de Gestión	Componentes A Propósito a Junta Directiva del IGSS tiene la voluntad política de lograr la reestructuración financiera b Afiliados acepten ajustes a sus contribuciones al régimen de salud
2 Sistema de información financiera diseñado	2 1 Un Plan de Implementación del sistema de información financiera aprobado por el IGSS en el año 2.	2 1 1 Plan de Acción para la Implementación	c La reestructuración financiera del sistema de aseguramiento de salud del IGSS no causará desajustes en el sistema de pensiones d Implementación del plan de acción

Fortalecimiento Institucional del MSPAS

Fin 1 Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas	1 1	1 1 1	Sustentabilidad a b
Propósito MSPAS fortalecido en sus capacidades rectora y reguladora	1 1 El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para protección de salud aumenta de X % en el año X a Y % en el año Y 1 2 (Indicador de percepción de la opinion publica respecto del MSPAS)	1 1 1 Informe de ejecución del presupuesto 1 2 1 Encuestas realizadas bajo el Componente 7 (Estrategia de Comunicación)	Propósito A Fin a
Componentes 1 Nueva estructura del MSPAS implantada 2 Plan de fortalecimiento de la función de compras de servicios de salud y adquisición de bienes ejecutado	1 1 90% de los cargos de tres niveles de supervisión llenados para fines del 2° año de ejecución 2 1 100% de los convenios vigentes al momento de aprobación del Programa han sido convertidos a contratos en 3 departamentos del país, para el 4° año de ejecución 2 2 100% de los nuevos contratos están bajo el régimen de licitación pública para el 2° año de ejecución	1 1 1 Informe de evaluación intermedia 2 1 1 Informes anuales de auditoría concurrente 2 2 1 Idem	Componentes A Propósito a

3 Reglas implantadas para ingreso, comportamiento y salida de organizaciones proveedoras de servicios de salud	3 1 100% de las organizaciones contratadas con recursos del Programa cumplen con las reglas vigentes para el 4° año de ejecución	3 1 1 Idem	
4 Bases establecidas para la regulación, vigilancia y control de las industrias farmacéutica, de alimentos y de cosméticos	4 1 Plan de Acción aprobado a nivel ministerial, para el 2° año de ejecución	4 1 1 Revisión técnica del 2° año	
5 Bases establecidas y concertadas para la regulación, vigilancia y control ambiental	5 1 Plan de Acción aprobado a nivel ministerial, para el 2° año de ejecución	5 1 1 Idem	
6 Sistemas de información en operación	6 1 Se han generado 5 informes que integran datos de recursos humanos, financiamiento y adquisiciones, en áreas de salud y hospitales, para el 3er año de ejecución	6 1 1 Revisión técnica del 3er año	
7 Estrategia de comunicación ejecutada	7 1 Todas las actividades contenidas en el Plan de Acción se han ejecutado para el 4° año de ejecución.	7 1 1 Revisiones técnicas anuales	
8 Sistema nacional de vigilancia epidemiológica en funcionamiento	8 1 29 epidemiólogos de campo capacitados y cumpliendo sus funciones en las áreas de salud para el 3er año de ejecución.	8 1 1 Revisión técnica anual, 3er año.	
9 Componente de salud del Plan Nacional de Atención y Prevención de Desastres preparado y ensayado.	9 1 Plan Nacional ensayado en los tres niveles del MSPAS, en cada área de salud, para el 3er año de ejecución	9 1 1 Revisiones técnicas anuales	
10 Seguimiento y evaluación de políticas y programas en salud realizado.	10 1 Informes de evaluación preparados conforme a los TOR acordados con el Banco.	10 1 1 Copias de los informes	

GUATEMALA
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD FASE II
(GU-0125)
PLAN DE ADQUISICIONES

COMPONENTE/ADQUISICIONES	PRESUPUESTO ESTIMADO	CANTIDAD	FINANCIAMIENTO	MÉTODO	PRECALIFICACIÓN	FECHA (SEMESTRE/AÑO)
COMPONENTE 1. Fortalecimiento institucional MSPAS						
Servicios de consultoria	2,480,000	7	BID 90%	LPI	SI	I-2000 / II-2002
Servicios de consultoria	4,371,700	43	BID 90%	LPN	NO	I-2000 / II-2004
Servicios de consultoria	1,021,970	38	BID 90%	CP	NO	I-2000 / II-2004
Equipos	737,330	2	BID 90%	LPI	SI	I-2000 / II-2002
Equipos	452,500	6	BID 90%	LPN	NO	I-2000 / II-2002
Equipos	136,500	10	BID 90%	CP	NO	I-2000 / II-2000
COMPONENTE 2. Financiamiento de Servicios Basicos de Salud						
Servicios de consultoria	2,440,000	3	BID 100%	LPI	SI	I-2000 / II-2003
Servicios de consultoria	120,000	2	BID 100%	LPN	NO	I-2000 / II-2002
Servicios de consultoria	186,050	16	BID 100%	CP	NO	I-2000 / II-2004
Contratación de proveedores de servicios de salud	31,370,000		BID 70%	LPI/LPN/CP	SI	I-2000 / II-2004
Equipos	152,560	1	BID 100%	LPN	NO	I-2000 / II-2002
Equipos	15,000	4	BID 100%	CP	NO	I-2000/II-2000
COMPONENTE 3. Desarrollo de lacapacidad aseguradora del IGSS						
Servicios de consultoria	2,160650	22	BID 90%	LPN	NO	I-2000 / II-2002
Servicios de consultoria	1,416,100	66	BID 90%	CP	NO	I-2000 / II-2004
Equipos	229,000	14	BID 90%	CP	NO	I-2000/II-2000
COMPONENTE 4. Modernizacion de la gestion hospitalaria						
Servicios de consultoria	3,007,500	9	BID 90%	LPI	SI	I-2000 / II-2004
Servicios de consultoria	1,840,875	18	BID 90%	LPN	NO	I-2000 / II-2002
Servicios de consultoria	223,675	13	BID 90%	CP	NO	I-2000 / II-2004
Infraestructura y equipos bimédicos FONHOSPITAL	5,627,500	10	BID 90%	LPI	SI	I-2000 / II-2004
Equipos	570,450	3	BID 90%	LPI	SI	I-2000/II-2002
Equipos	320,000	2	BID 90%	LPN	NO	I-2000/II-2002
Equipos	43,000	3	BID 90%	CP	NO	I-2000 / II-2000

LPI Licitación Pública Intenacional

LPN Licitación Publica Nacional

CP Compración de precios (Minimo tres propuestas)

RGII-GU219P
GU-0125
Original: español

PROYECTO DE RESOLUCION

GUATEMALA. PRESTAMO No. ___/OC-GU A LA REPUBLICA DE GUATEMALA
Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Segunda Etapa. (PMSS-II)

El Directorio Ejecutivo del Banco

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Guatemala, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Segunda Etapa (PMSS-II). Dicho financiamiento será hasta por una suma de cincuenta y cinco millones cuatrocientos cuarenta mil dólares de los Estados Unidos de America (US$55 440.000) que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los "Plazos y Condiciones Financieras" y a las "Condiciones Contractuales Especiales" del Resumen Ejecutivo de la propuesta de Prestamo