

**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:	<p>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.</p>	
Descripción:	<p>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</p>	

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 período 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.

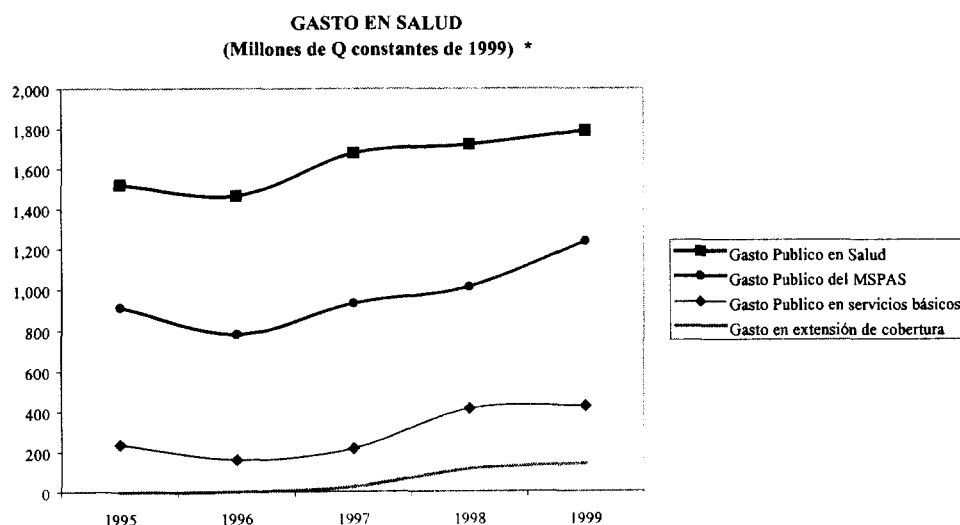
- 1.5 **Problemas del sector antes del inicio de la reforma:** El Gobierno de Guatemala (GdG) enfrentaba a mediados de esta década cuatro categorías interrelacionadas de problemas que contribuían, y en alguna medida siguen contribuyendo, a esta situación de salud: (i) un nivel bajo y desigual en la prestación 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 Macroeconómicos 1995-1999; MSPAS, Cuentas Nacionales de Salud, 1995-1997; MSPAS Subgerencia Financiera, Informes de ejecución presupuestal 1995-1999; MSPAS/SIAS, Avances de extensión 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 gestión 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 activa⁴. 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 IGSS 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, puerperio 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 consultoría. 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 avanzado 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 imposterables 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
<p>Ampliación en la cobertura de servicios básicos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suministro de Conjunto de Servicios Básicos de Salud por contratación con el sector privado y por convenios de gestión en el sector público. 	Componente 2.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No menos del 90% de los nuevos beneficiarios están cubiertos por el paquete básico de servicios para el 4o año de ejecución. ➤ 90% de las embarazadas cubiertas por el programa recibieron control prenatal de acuerdo a los protocolos establecidos para el 4o año de ejecución. ➤ El porcentaje del gasto corriente del MSPAS para la promoción y atención preventiva de la salud aumenta durante la ejecución del programa del 43% en el primer año al 50% en el cuarto año.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debilidad institucional ➤ Debilidad institucional del MSPAS ➤ Debilidad organizacional en las áreas de salud. ➤ Debilidad organizacional en la oferta privada de servicios básicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollo de acciones de apoyo al MSPAS para cumplir funciones de rectoría y regulación; ➤ Fortalecimiento de sistema de vigilancia epidemiológica y del sistema de prevención y atención de desastres. ➤ Fortalecimiento de capacidades organizacionales clave del MSPAS. ➤ Desconcentración de funciones clave a las áreas de salud . 	<p>Componente 1 (MSPAS)</p> <p>Componente 2 (Oferta privada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El 100% de las áreas y hospitales con la estructura y los sistemas de información administrativa y financiera en operación. ➤ El 100% de los reglamentos vigentes del Código de Salud se está aplicando. ➤ Montaje, implementación e integración en el nivel central y en el 100% de las áreas de salud del sistema de vigilancia epidemiológica y de prevención y atención de desastres.
<p>Debilidad en la función aseguradora del IGSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimiento de capacidades de contratación y pago de servicios, gestión financiera, seguimiento y evaluación. 	Componente 3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El gasto del IGSS en servicios contratados por prestación de servicios de salud aumenta durante la ejecución del programa del 11% en el primer año al 35% en el cuarto año.

<p>Los hospitales públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistemas débiles de direccionamiento, gestión y financiamiento ➤ Baja productividad en los servicios ➤ Baja calidad en los servicios ➤ Debilidades organizacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% de los hospitales seleccionados cumplen con metas de productividad, eficiencia, calidad y satisfacción 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 críticos 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 críticos 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, estadísticas 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 adquisición 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 financiará 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 contratación 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 regulación	3.66	0.36	4.02	
Subtotal	8.38	0.82	9.20	14%
Componente 2				
Financiamiento de Servicios Básicos de Salud	10.47	7.80	18.27	
Modernización de la adquisición de servicios básicos de salud.	12.10	-	12.10	
Seguimiento y evaluación del programa de extensión de cobertura	1.00		1.00	
Innovaciones en provisión 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: Modernización de la gestión hospitalaria	10.47	1.16	11.63	18%
			-	
Administración	3.83	0.20	4.03	6%
Auditoría 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)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración financiera del programa; ➤ Preparación de convenios; ➤ Apoyo con personal profesional y técnico al Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 Apoyo a la transición hacia contratos Innovaciones en servicios básicos de salud	Gerencia General Administrativo Financiera–Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento Gerencia General Administrativo Financiera–Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento Dirección General de Control Regulación y Vigilancia
Fortalecimiento de la función aseguradora del IGSS Fortalecimiento institucional y financiero Fortalecimiento de contratación	Dirección General Financiera del IGSS 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
Más de US\$1.500.000 LPI	Más de US\$250.000 LPI	Más de US\$200.000 LPI	Más 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: licitación pública internacional

LPN: licitación pública 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 Plan 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 activa⁶. 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 años⁷. 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 críticamente 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 consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, Julio de 1999.

⁷ Hernández, N., Informe final de consultoría, 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 1998⁸.

- 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 Bitrán, 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 más en los estudios de costo-efectividad para inversiones en el sector salud. a Una explicación detallada del concepto y metodología 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 "básico" 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 pediatría.

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	Método 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.)	1.1 Reglamento operativo aprobado por el MSPAS a satisfacción del Banco.	1.1.1 Copia del reglamento aprobado.	a Hospitales con presupuesto descentralizado usan autonomía para mejorar calidad
2 Fondo de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria establecido y evaluado.	2.1 X % del presupuesto operativo de los hospitales beneficiados ha sido descentralizado, al 3er año de ejecución.	2.1.1	

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 2º año de ejecución.	1.2.1 Copia de los contratos (o del formato estándar).	d 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 operación (siguiendo el modelo establecido por el Programa) para el 4º año de ejecución.	2.1.1 Revisiones técnicas anuales.	c Población asume conductas de auto cuidado
3 Plan piloto de comunicación educativa de usuarios de Servicios Básicos de Salud diseñado, ejecutado y evaluado.	3.1 70.000 hogares alcanzados por mensajes educativos para el 3er año de ejecución.	3.1.1 Documento de evaluación 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 ejecución.	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 Restructuración funcional, financiera y contable del IGSS implantada. 2 Sistema de información financiera diseñado.	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. 2.1 Un Plan de Implementación del sistema de información financiera aprobado por el IGSS en el año 2.	1.1.1 Informe de Evaluación Intermedia 1.2.1 Informe de Gestión 2.1.1 Plan de Acción para la Implementación	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 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			Sustentabilidad
1 Cobertura y eficiencia del sistema de salud mejoradas.	1.1	1.1.1	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 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).	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 auditoria 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 4º 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 2º año de ejecución.	4.1.1 Revisión técnica del 2º año.	
5 Bases establecidas y concertadas para la regulación, vigilancia y control ambiental.	5.1 Plan de Acción aprobado a nivel ministerial, para el 2º 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 4º 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. Informes de evaluación preparados conforme a los TOR acordados con el Banco.	10.1. 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)
E 1. Fortalecimiento institucional MSPAS						
Consultoría	2,480,000	7	BID 90%	LPI	SI	I-2000
Consultoría	4,371,700	43	BID 90%	LPN	NO	I-2000
Consultoría	1,021,970	38	BID 90%	CP	NO	I-2000
	737,330	2	BID 90%	LPI	SI	I-2000
	452,500	6	BID 90%	LPN	NO	I-2000
	136,500	10	BID 90%	CP	NO	I-2000
E 2. Financiamiento de Servicios Basicos de						
Consultoría	2,440,000	3	BID 100%	LPI	SI	I-2000
Consultoría	120,000	2	BID 100%	LPN	NO	I-2000
Consultoría	186,050	16	BID 100%	CP	NO	I-2000
Proveedores de servicios de salud	31,370,000		BID 70%	LPI/LPN/CP	SI	I-2000
	152,560	1	BID 100%	LPN	NO	I-2000
	15,000	4	BID 100%	CP	NO	I-2000
E 3. Desarrollo de la capacidad aseguradora						
Consultoría	2,160,650	22	BID 90%	LPN	NO	I-2000
Consultoría	1,416,100	66	BID 90%	CP	NO	I-2000
	229,000	14	BID 90%	CP	NO	I-2000
E 4. Modernización de la gestión						
Consultoría	3,007,500	9	BID 90%	LPI	SI	I-2000
Consultoría	1,840,875	18	BID 90%	LPN	NO	I-2000
Consultoría	223,675	13	BID 90%	CP	NO	I-2000
Equipos biomédicos FONHOSPITAL	5,627,500	10	BID 90%	LPI	SI	I-2000
	570,450	3	BID 90%	LPI	SI	I-2000
	320,000	2	BID 90%	LPN	NO	I-2000
	43,000	3	BID 90%	CP	NO	I-2000

Cooperación Internacional

Política Nacional

de precios (Mínimo tres propuestas)

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 América (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 Préstamo.