



Project Completion Report



Adecuac. Serv. Prim. Salud Zonas Marginales

Project Number: CR0120

Loans:

711/OC-CR;712/OC-CR;

Impreso en : 2005-01-07 11:15:29

PCR



Table of Contents

Información General	1
1.1. Objetivo de Desarrollo	1
1.2. Datos Básicos	1
1.3. Resumen de Calificaciones	2
1.4. Cronología del Proyecto	3
1.5. Documentos de Referencia	4
Memorando del Banco	5
2.1. Análisis de resultados (productos , efectos e impactos)	5
2.1.2. Efectos (outcomes) e impactos del proyecto	9
2.2. Análisis de la implementación	11
2.2.1. Medición del desempeño del proyecto	11
2.2.2. Factores que afectaron la implementación del proyecto (según ISDP)	14
2.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto	15
2.2.4. Análisis de gestión del proyecto y lecciones aprendidas	16
2.3. Análisis de Sostenibilidad	17
2.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional (FIO)	17
2.3.2. Sostenibilidad del proyecto	19
2.4. Desempeño del Organismo Ejecutor	22
2.5. Bases para la Evaluación Ex-post	24
2.6. Otras lecciones aprendidas y recomendaciones	25
Memorando del Ejecutor	26
3.1. Memorando del Ejecutor	26
Minutas del CRG	27
4.1. Minutas CRG (Acta del Comité de Revisión Gerencial)	27
Anexos	28
Anexo 1A - Fuente de Financiamiento (Montos en US\$ miles)	28
Anexo 1B - Calendario de Inversiones (Montos en US\$ miles)	28



Table of Contents

Anexo 1C - Información Financiera y Estados Financieros Auditados	29
Anexo 2 - Ultimo ISDP	30
Anexo 3 - Información del LMS	30
Anexo 4 - Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto	30
Anexo 5 - Anexo Documental	30



Información General

■ ■ 1.1. Objetivo de Desarrollo

- 1. Aumenta la racionalidad en el uso de los recursos del Sector Salud.
- 2. Cobertura más eficiente de los servicios de salud, con reducción de la desigualdad en el acceso a los servicios básicos.

■ ■ 1.2. Datos Básicos

Nombre del Proyecto	Adecuac. Serv. Prim. Salud Zonas Marginales		
Número de Proyecto	CR0120	Modalidad	PESP
País	CR	Sector	SA
Fecha de Aprobación	1992-11-25	Fecha de Término	2005-01-02
Agencia(s) Ejecutora(s)	MINISTERIO DE SALUD		

Monto del Préstamo/CT Original	\$42,000,000.00
Monto del Préstamo/CT Actual	\$41,943,751.00
Monto Cancelado del Préstamo/CT	\$56,249.00

Costo Total del Proyecto (BID) (Actual)	\$60,000,000.00
Costo Total del Proyecto (BID) (Original)	\$60,000,000.00



Número de Préstamo/CT	Monto Original	Monto Cancelado	Monto Actual
711/OC-CR	\$28,000,000.00	\$37,976.14	\$27,962,023.86
712/OC-CR	\$14,000,000.00	\$18,272.58	\$13,981,727.42

■ ■ Personnel

Nombre de los Especialistas en la Sede	
Nombre de los Especialistas en la Representación	
Autor del Memorando del Banco	
Autor del Memorando en el Organismo Prestatario/Ejecutor	MSc. Loredana Delcore y Dra. Sandra Rodríguez
Posición del autor del memorando del ejecutor	Asesoras de la Dirección de la Unidad Ejecutora

■ ■ 1.3. Resumen de Calificaciones

■ ■ 1.3.1. Calificaciones del PCR

Por el Banco	Cal.	Por el Prestatario / Organismo Ejecutor	Cal.
• Efectividad en el Desarrollo (OD)	S	• Efectividad en el Desarrollo (OD)	
• Implementación del Proyecto (PI)	S	• Implementación del Proyecto (PI)	
• Fortalecimiento Institucional/Organizacional (FIO)	MR	• Fortalecimiento Institucional/Organizacional (FIO)	
• Sostenibilidad (S)	P	• Sostenibilidad (S)	
• Desempeño del Organismo Ejecutor (DE)	S	• Desempeño del Banco (DB)	

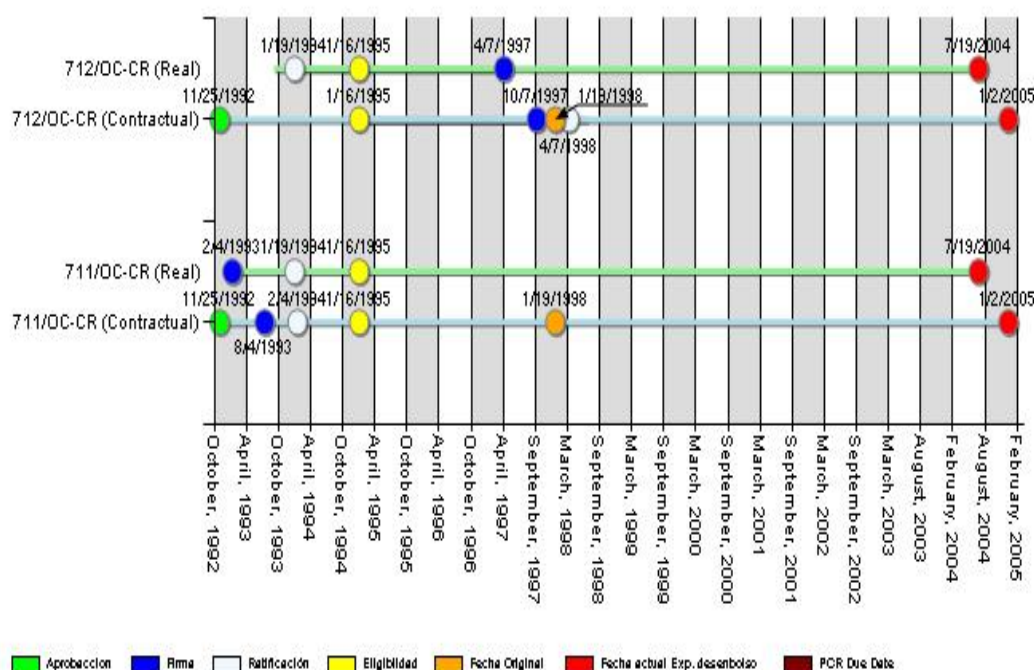


1.3.2. Calificaciones de los Ultimos 10 ISDPs (PI , SU, OD)

1999 Dec.	2000 Jun.	2000 Dec.	2001 Jun.	2001 Dec.	2002 Jun.	2002 Dec.	2003 Jun.	2003 Dec.	2004 Jun.
S	S	S	U	U	S	S	S	S	S
H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

PI = Progreso de la Implementación , SU = Supuestos , OD = Objetivos de Desarrollo

1.4. Cronología del Proyecto



Fecha del Taller de Inicio (Arranque) :

Fecha de Evaluación de Medio Término :

Fecha de Taller de Terminación de Proyecto :



■ ■ 1.5. Documentos de Referencia

Estrategia de País	
Actualización de la Estrategia de País	
Revisión de Cartera del Sector	
Ayudas Memoria Misiones Rev. Cartera	
Ayudas Memoria Misiones Administr.	
PCR - Anexo Documental	



Memorando del Banco

■ ■ 2.1. Análisis de resultados (productos , efectos e impactos)

■ ■ 2.1.1. Productos (outputs) obtenidos

■ ■ 2.1.1.1. Análisis de indicadores de producto

■ Proyecto 1. Reestructuración del Ministerio de Salud (MS).

1.1 Perfil funcional y estructura organizativa del Ministerio de Salud adecuada a su misión de ente rector (S)

Planificado

1.1. Ministerio de Salud (MS) reorientado hacia política y regulación y no presta servicios de salud ni otros, directamente a partir de 2002

Logrado

Se logró que el Ministerio de Salud reorientara su perfil funcional y organización hacia la rectoría.

Análisis

Se logró el cambio del perfil funcional del Ministerio de Salud hacia una institución rectora y no prestadora de servicios directos de salud. Este es el concepto que se toma como referencia para la evaluación positiva del indicador. Pero es importante anotar, que falta aún camino por recorrer para que la institución ejerza realmente, en todo su significado, la rectoría del sector salud.

Básicamente existen dos razones para realizar esta afirmación:

- La primera es la escasez de recursos para la operación de la institución; ya que, prácticamente el 98% del presupuesto institucional se destina a salarios.
- La segunda, razón es la ausencia de un sistema de información integral para el ejercicio de la rectoría.

Es importante anotar, que las funciones de rectoría propuestos en el proyecto original y el contrato-préstamo, difieren de las que se implementaron en el Ministerio. Pero es importante anotar también, que técnicamente, esta situación no contraviene el concepto de rectoría, y además reafirma el modelo de organización y funcionamiento que venía trabajando la institución cuando se iniciaron los desembolsos del BID.

El traslado de funciones y personal de servicios de salud hacia la CCSS fue complejo, entre el MINSA y CCSS ya que existían conflictos por diferentes culturas organizacionales de las dos instituciones.

En el MINSA hacían falta interlocutores válidos para servir de contraparte técnico de la firma consultora para crear los sistemas de información, situación que revirtió en disconformidades con el sistema elaborado con la consultoría.



1.2. Recursos humanos capacitados.

Planificado

1.2. 1000 personas capacitadas en tema de rectoría del Ministerio de Salud al finalizar 2002.

Logrado

Se capacitaron y formaron un total de 1006 funcionarios del Ministerio de Salud en temas relacionados con la Rectoría en Salud, específicamente en los siguientes temas:

- i) Generación de Políticas de Salud
- ii) Vigilancia de la Salud
- iii) Regulación de los servicios de Salud
- iv) Investigación en Salud

Análisis

Los actuales responsables de la dirección de las Unidades Técnicas del Ministerio de Salud opinan: "que si no hubiese sido por este proceso capacitador y formador, la institución hubiese desaparecido". Esta frase traduce la vital importancia que se le asigna a la capacitación y formación de los recursos humanos realizada. Es claro que este proceso le ha permitido al Ministerio reorientar su perfil funcional hacia la rectoría y aplicarlo en la práctica a pesar de la escasez de recursos existentes para su operación. No obstante, como se anota posteriormente, esta es una debilidad esencial de tomar en consideración al dimensionar las posibilidades de sostenibilidad del proyecto en el largo plazo.

Se debe destacar que la formación de profesionales para rectoría en el MINSA incluyó un programa intensivo de maestrías en temas como salud pública, gestión ambiental, economía de la salud, vigilancia epidemiológica y se simplificaron trámites que afectaban al sector privado, tales como registros de productos, permisos de funcionamiento, supervisión de impactos ambientales, inspección sanitaria, etc.

1.3. Sistema de información funcionando.

Planificado

1.3. Sistema de información (con datos sobre aspectos financieros, recursos humanos, vigilancia de la salud y sistema de regulación) funcionando en el III trimestre de 2002.

Logrado

Se logró parcialmente, en tanto se incorporaron únicamente en la red informática los datos para la gestión financiera y de recursos humanos, no así los relacionados con la vigilancia y regulación de los servicios de salud.

Análisis

Se adquirieron los equipos necesarios y se diseñó e implantó la red informática para el nivel central del Ministerio de Salud. Los datos para la gestión financiera y la gestión de los recursos humanos fueron incorporados en dicha red, los cuales fueron avalados por las autoridades ministeriales del gobierno de turno en 1998 y se finalizó en 1999, pero a partir del año 2002, con el cambio de gobierno y funcionarios en el Ministerio de Salud su utilización fue desechada, por considerarse que los sistemas de información diseñados e implementados no llenaban los requerimientos técnicos institucionales en ese momento.

Por otro lado, los sistemas de información en los campos de la vigilancia de la salud y la regulación de los



servicios de salud no fueron diseñados y por lo tanto implantados en la institución.

En el campo financiero y de recursos humanos, el Ministerio de Salud se encuentra utilizando actualmente sistemas de información alternativos, diseñados internamente por la institución.

Proyecto 2. Integración de Servicios.

2.1. Centros y puestos de salud han sido transferidos del Ministerio de Salud (MS) a la Caja Costarricense de Seguro social (CCSS).

Planificado

2.1. 550 centros y puestos de salud transferidos a la CCSS al finalizar el año 2000 y brindan una atención integral a la salud.

Logrado

Se logró, ya que toda la infraestructura de los antiguos puestos de salud propiedad del Ministerio fueron trasladada a la CCSS.

Análisis

Los antiguos Centros de Salud se han mantenido bajo la responsabilidad del Ministerio, dado que se han convertido en las sedes de las denominadas Áreas Rectoras. Estas se sitúan fundamentalmente a nivel de las cabeceras de cantón. En ellas operan equipos de salud mínimos encargados de aplicar a nivel local, las responsabilidades que les asigna las funciones de rectoría.

No obstante, se considera que el objetivo se logró, en tanto la infraestructura que se asigna para la atención directa a las personas, se transfirió en su totalidad a la CCSS. Esta infraestructura se utiliza actualmente como sedes de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

2.2. Centros y puestos de salud han sido ampliados y/o sustituidos.

Planificado

2.2. 40 edificios para Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) construidos, equipados y funcionando en el II trimestre de 2001.

Logrado

En relación con la meta definida con el indicador, debe apuntarse, que se construyeron 36 sedes de EBAIS y 4 sedes de Área de Salud, situadas éstas últimas en Miramar, Paquera, Esparza y Monteverde, las cuales se encuentran actualmente totalmente construidas, equipadas y funcionando.

Análisis

En los documentos originales del contrato de préstamo se definió como meta, la construcción, ampliación, rehabilitación, equipamiento y funcionamiento del 30% prioritario de un Universo de 119 Puestos de Salud y 11 Centros de Salud con recursos del financiamiento, lo cual se excedió al haberse construido 36 sedes EBAIS y 4 sedes de Areas de Salud, las cuales tienen una mayor capacidad de atención en términos de recursos humanos y equipamiento, comparados con los EBAIS.



2.3. Hospital de Alajuela en funcionamiento.

Planificado

2.4. Hospital regional de 310 camas construido, equipado y funcionando en abril de 2004.

Logrado

Se construyó, equipó y entrará en funcionamiento a partir del mes de octubre de 2004, con la capacidad de 310 camas para la atención de la demanda de 355,000 habitantes de la zona de influencia del proyecto.

Análisis

El proyecto original estaba diseñado para una capacidad de 365 camas. Sin embargo, en 1998 se redimensionó para 310 camas sobre la base de criterios técnicos, originados en nuevos estudios de demanda y la disponibilidad de recursos financieros, coincidentes con la nueva estructura organizativa de UEP del Programa.

En el diseño de la operación se indicó que el proyecto del hospital ya contaba con diseños arquitectónicos y que los diseños estructurales, electromecánicos y eléctricos estarían completos en diciembre de 1992. Por otra parte se había previsto hacer una sola licitación pública Internacional con precalificación para la construcción y equipamiento.

La modalidad de contratación tipo "llave en mano" (diseño, construcción y equipamiento) para el Hospital de Alajuela en este caso fue la solución a los problemas de demoras en el inicio del proyecto, puesto que de lo contrario no hubiera sido posible construirlo en el plazo que se hizo, esta fue la única forma de disminuir el tiempo de contratación del proyecto y lograr un mejor control de la obra.

2.4. La CCSS reforzada financieramente.

Planificado

2.4. La CCSS cuenta con recursos financieros para atender apropiadamente sus funciones a partir de junio de 2001.

Logrado

Al momento del informe se considera que la CCSS no cuenta con los recursos financieros para atender adecuadamente sus funciones, aunque ha existido una mejora importante en la recaudación a partir de la implementación del Sistema Central de Recaudación (SICERE).

Análisis

Según información oficial emanada de la Dirección Financiero Contable de la CCSS, el Flujo de Efectivo del Seguro de Salud muestra desde el año 2002 una diferencia importante entre ingresos y egresos (1,312 millones de colones), el cual se acentúa en el año 2003, registrando una cifra de 5.921 millones de colones.

Según proyecciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS, el déficit se acentuará sostenidamente cada año, proyectándose para el año 2010 la cifra de 121.075 millones de colones.

Es importante anotar, que al año 2000, el Estado solo pagaba el 51% de sus obligaciones económicas con la CCSS. A esto se suma, que a pesar del esfuerzo realizado, la evasión y la morosidad del sector privado sigue siendo importante.



Por otro lado, la ineficiencia institucional sigue siendo un problema por resolver. Los hospitales mantienen dificultades gerenciales importantes que imposibilitan una gestión eficiente de los mismos. La readecuación del modelo de atención hospitalario sigue siendo un tema de agenda pendiente en el país.

Además de lo anterior y no visualizando una política institucional que permita enfrentar la problemática apuntada, se considera que la adecuada atención financiera de las funciones del Hospital de Alajuela está en riesgo.

■ ■ 2.1.1.2. Identificación de los productos logrados

- - Ministerio de Salud reorientado hacia política y regulación y no prestando servicios de salud.
- 1,006 personas capacitadas en rectoría en el Ministerio de Salud.
- Sistemas de información funcionando parcialmente.
- Totalidad de puestos de salud transferidos del M.S. a la CCSS.
- 36 EBAIS y 4 áreas de salud construidos, equipado y funcionando
- Hospital de Alajuela con 310 camas, construido, equipado y funcionando.
- Mejora en la recaudación financiera no suficiente para atender adecuadamente sus funciones.

■ ■ 2.1.2. Efectos (outcomes) e impactos del proyecto

■ ■ 2.1.2 Objetivos de desarrollo

- | | |
|--|---|
| <p>■ 1. Aumenta la racionalidad en el uso de los recursos del Sector Salud.</p> | <p>1. Eliminación total de duplicaciones entre instituciones y programas, a partir de 2002</p> |
| <p>■ 2. Cobertura más eficiente de los servicios de salud, con reducción de la desigualdad en el acceso a los servicios básicos.</p> | <p>2.1 Aumento de la población que tiene acceso a servicios de salud adecuados, de 843.000 personas en 1993 a 2.800.000 en 2003, de las cuales 1.775.000 son de áreas urbano-marginales y rurales</p> |

■ ■ 2.1.2.1. Análisis de indicadores de efecto (outcome)

A. Al lograrse que el Ministerio de Salud redefiniera su perfil funcional y organizacional hacia la rectoría y dejara de prestar servicios de salud, y que la CCSS asumiera la total responsabilidad de la atención a la población, se logró la eliminación de duplicidades entre estas instituciones y por lo tanto un uso más eficiente de los recursos en salud.

En 1993 el país inicia la actual reforma del sector salud, la cual tiene como uno de sus componentes esenciales la readecuación del modelo de atención para el nivel primario. Los servicios se prestan en este nivel por parte de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Con este planteamiento se pretendía aumentar la cobertura de la población con servicios básicos integrales que hicieran énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la



enfermedad, a las que se suman acciones de curación básica. El modelo debía cubrir esencialmente población de las zonas rurales y urbano marginales.

El sistema de salud costarricense, a inicios de los 90 no tenía definido ese nivel primario (EBAIS) y no contaba con un modelo de atención integral como el planteado, por lo que la cobertura a ese nivel era muy limitada, además de poco eficiente, ya que la población debía ser atendida en los niveles superiores del sistema, a costos mayores de los que generó el nivel primario implementado.

"Para marzo del 2002 existían 94 áreas de salud, 812 sectores de salud e igual número de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o EBAIS, los cuales atienden de 2.500 a 7000 habitantes (dependiendo del grado de dispersión poblacional) y con los cuales el total de población cubierta con servicios de primer nivel era de 3.547.401 habitantes" *1

Vale la pena anotar que el gasto de la población para buscar recibir los servicios de salud se reducen, al disminuir el gasto por desplazamiento.

*1. Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social y Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud En Costa Rica. San José, Costa Rica, 2004, página 29.

■ 2.1.2.2. Identificación de efectos intermedios (outcomes) e impactos iniciales

A. Efectos Intermedios: acercamiento de los servicios a la población, disminución de los costos de desplazamiento de la población, disminución de los costos de la atención y mayor satisfacción por los servicios por parte de la población. Pero el efecto más importante es el aumento de la cobertura de la población nacional con servicios de salud de nivel primario y nivel terciario con el Hospital de Alajuela.

Impactos Iniciales: mayor accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población beneficiaria, mejor calidad del servicio prestado.

Por otra parte el Ministerio de Salud asume a partir del año 2000 el rol rector del Sector Salud, aumentando la racionalidad del uso de los recursos como consecuencia, entre otras cosas, de la eliminación de las duplicidades entre el Ministerio de Salud y la CCSS.

■ 2.1.2.3. Identificación de los futuros efectos (outcomes) e impactos

A. Efectos futuros: Se espera lograr con el programa la solución de la mayoría de las necesidades de salud de la población más cercana a su lugar de residencia, mayor satisfacción de la población por los servicios recibidos y disminución de los costos de desplazamiento de la población en busca de su atención en salud.

Impactos futuros: mejoramiento de la situación de salud de la población beneficiaria, traducida en el mejoramiento de indicadores como la mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna, esperanza de vida e índices de morbilidad por enfermedades agudas y crónicas. Esto en un contexto de profundización y fortalecimiento del modelo de atención integral que viene impulsando el país y que se fortaleció con el presente programa. Esto también va a permitir mejorar también la calidad de vida de la personas beneficiarias.

■ 2.1.2.4. Análisis de los supuestos (de productos a efectos)

A. Los efectos de los productos del Programa se podrán mantener en la medida que se mantenga la decisión política para mantener y fortalecer las reformas alcanzadas en el Sector Salud. Por otro lado, es también muy importante que el personal capacitado en el Ministerio de Salud se mantenga en la Institución, lo cual al momento de la evaluación es altamente probable.

Por último, es de vital importancia lograr, que las finanzas de la CCSS se equilibren, lo que al momento de la evaluación no parece vislumbrarse por la ausencia de una política institucional que así lo promueva e implemente.



- 2.1.2.5. Pregunta piloto No.1 (opcional). Distribución de los beneficios del proyecto en la población objetivo

A.

- 2.1.2.6. Pregunta piloto No.2 – (opcional). Efectos adversos del proyecto

A.

- 2.1.2.7. Pregunta piloto No.3 – (opcional). Contribución al logro de las metas nacionales / sectoriales / Estrategia de País

A.

- 2.1.2.8. Pregunta piloto No.4 – (opcional). Adaptación del proyecto a cambios en el entorno

A.

- 2.1.2.9. Recálculo de la Tasa Interna de Retorno (TIR)

A.

- 2.1.2.10. Recálculo de otros indicadores de evaluación económica

A.

- 2.1.2.11. Calificación de la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo (OD)

Teniendo en cuenta la totalidad de los análisis realizados en las secciones 2.1.1 y 2.1.2., califique la efectividad del proyecto en términos de desarrollo

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Insatisfactorio (I) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

A. Con relación a la reestructuración del Ministerio de Salud, se logró una institución que ha redefinido su rol y organización hacia la rectoría, permitiendo regular el subsistema público y privado de salud.

En lo que respecta al mejoramiento en los servicios de salud, con el programa se ha logrado el mejoramiento de la cobertura de la población del área de influencia del Programa con criterios de eficiencia.

■ 2.2. Análisis de la implementación

■ 2.2.1. Medición del desempeño del proyecto



2.2.1.1. Elementos para monitoreo y evaluación

1. Análisis de problemas	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
2. Estrategia de intervención	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
3. Identificación de efectos (outcomes) e impactos esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
4. Identificación de productos (outputs) esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
5. Indicadores de efectos (outcomes) esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
6. Indicadores de productos (outputs) esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
7. Línea de base de efectos (outcomes) esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
8. Línea de base de productos (outputs) esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
9. Supuestos de productos a efectos	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
10. Plan de monitoreo	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
11. Plan de adquisiciones	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A
12. Calendario de inversiones	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/>	N/A

2.2.1.2. Análisis de factores críticos del diseño

- A.**
1. El Programa no fue diseñado siguiendo la metodología de Marco Lógico, por lo que no se contó con la definición de línea de base en términos de efectos esperados. Estos indicadores se definieron durante la ejecución del Programa, situación que no es óptima.
 2. Al no estar establecido en la Ley del Contrato de Préstamo del Programa la preminencia de las políticas del Banco sobre la normativa del país en materia de adquisiciones de bienes y servicios, la Unidad Ejecutora debió cumplir simultáneamente las normas del Banco y de la legislación nacional, situación que fue muy compleja por la existencia de algunas incompatibilidades entre éstas.
 3. El diseño del Programa no contempló las funciones y alcances de la Unidad Ejecutora, por lo que hasta el año 1998 el avance de los proyectos fue mínimo. Ejemplo de lo anterior, fue que los trámites debían seguir el curso propio de la administración central, entorpeciendo los procesos y alargando los tiempos de respuesta. En este caso la solución fue la formación de una unidad externa a los prestatarios (UEP) encargada de gerenciar el Programa, lo cual dió muy buenos resultados mientras estuvo en funcionamiento.
 4. Se visualizó al Hospital de Alajuela ejecutando acciones que pueden realizarse ambulatoriamente en establecimientos de nivel inferior no hospitalario, ejecutarlas en el nivel hospitalario es de mayor costo que hacerlo en un nivel inferior de la red al que pertenezca, en este caso el Hospital Regional de Alajuela. Esto quiere decir que no se dimensionó al hospital con visión de futuro, sino



tomando como referencia una concepción tradicional del mismo. Acciones como la atención del parto normal, cirugía ambulatoria, procedimientos, diagnósticos como la gastroscopía, ultrasonido y electrocardiograma deben y pueden realizarse en niveles inferiores del sistema de salud.

5. No se aprovechó la oportunidad al diseñar el Programa, de introducir un planteamiento de gestión hospitalaria innovadora tal y como se hizo con el proceso de construcción y equipamiento del hospital por lo que inicia operaciones con un modelo tradicional de gestión que no garantiza un mejoramiento de su calidad, eficiencia y efectividad.

6. El diseño del Programa, al menos en su componente de reestructuración del MINSA, fue poco participativo. Esto según opinión de los responsables de las Unidades Técnicas y Administrativas del Ministerio de Salud las que consideran que hubiesen podido aportar de forma relevante a dicho diseño.

2.2.1.3. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas adoptadas)

- A.**
1. Se definieron indicadores durante la ejecución de los Proyectos para el monitoreo y evaluación del Programa.
 2. Se solicitó a la Junta Directiva de la Institución que dotara a la Unidad Ejecutora de autonomía en materia de adquisiciones, lo que agilizó los procesos de contratación de bienes y servicios.
 3. La Unidad Ejecutora conformó un equipo de expertos en áreas claves como adquisiciones, asesoría legal, equipamiento y asesoría financiera, entre otras, lo que fue esencial para alcanzar los objetivos de desarrollo del Programa

2.2.1.4. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas alternativas)

- A.** Se recomienda utilizar la metodología del Marco Lógico u otra metodología similar. Asimismo es importante tener claramente definidos de sistemas de monitoreo y evaluación

2.2.1.5. Información disponible durante la implementación del proyecto

Establecimiento de procesos y mecanismos para recolección y análisis de datos (fuente de datos, responsables, periodicidad y características de la información)	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
Recolección de información de línea de base de efectos	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
Recolección de información de línea de base de productos	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
Recolección, análisis y reporte de información sobre insumos disponibles y actividades realizadas	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
Recolección, análisis y reporte de información sobre productos generados por el proyecto y su contribución al logro de los efectos esperados	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
Recolección, análisis y reporte de información sobre efectos e impactos generados por el proyecto y su contribución a las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial y nacional	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A

2.2.1.6. Análisis de factores críticos para medición de desempeño durante la implementación



- A. La no existencia de indicadores de línea de base de los efectos esperados como resultado de la ejecución del programa y las elaboración de la línea de base de indicadores de producto en la etapa de implementación del programa y no del diseño.

2.2.1.7. Lecciones aprendidas en la implementación (medidas adoptadas)

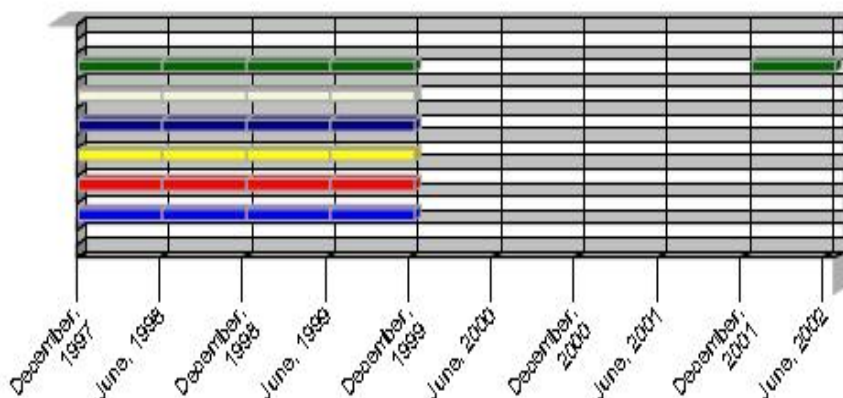
- A. 1. Se procedió a definir durante la implementación los indicadores de línea de base del Programa.
2. Se consultaron bases de datos actualizadas en el área de la salud para la construcción de indicadores.

2.2.1.8. Lecciones aprendidas para la implementación (medidas alternativas)

- A. 1. Disponer desde el inicio del proyecto de indicadores de línea de base para la medición de efectos y productos esperados.
2. Definir desde el diseño del Proyecto las instancias que deben suministrar la información requerida, de manera que ésta sea remitida a la Unidad Ejecutora en forma periódica

2.2.2. Factores que afectaron la implementación del proyecto (según ISDP)

Factores que afectaron la ejecución del proyecto según el período en que fueron reportados en el ISDP

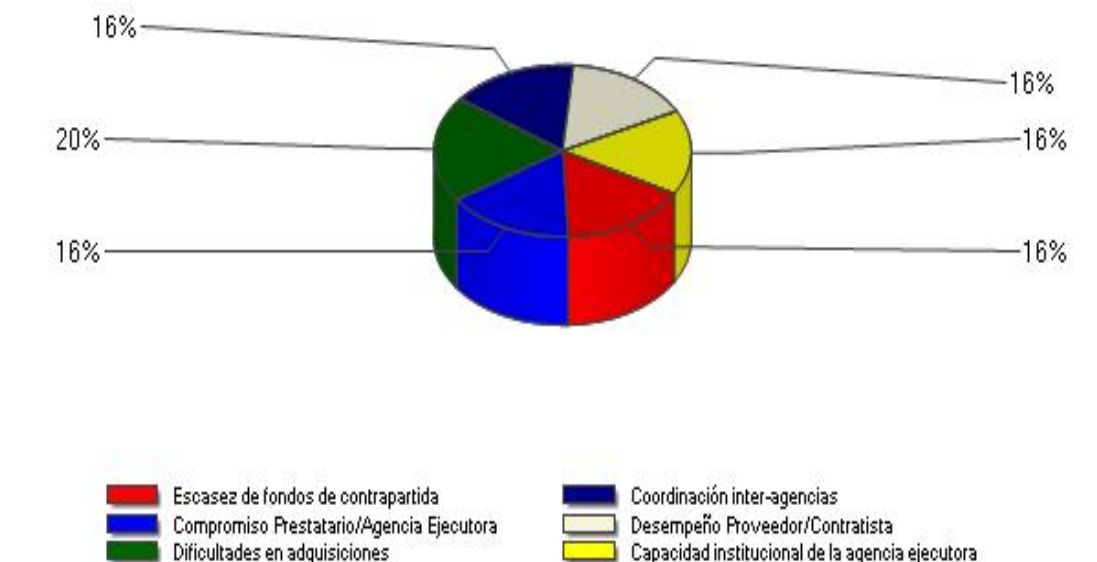


- | | |
|---|---------------------------------|
| Compromiso Prestatario/Agencia Ejecutora | Coordinación inter-agencias |
| Escasez de fondos de contrapartida | Desempeño Proveedor/Contratista |
| Capacidad institucional de la agencia ejecutora | Dificultades en adquisiciones |

Esta gráfica ha sido generada automáticamente a partir de la información archivada en el sistema ISDP a lo largo de la ejecución del proyecto



Factores que afectaron la ejecución del proyecto según número de ocurrencias en el ISDP



2.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto

2.2.3.1. Identificación de factores negativos para obtener los productos

- A.
1. Debilidad institucional al inicio del programa, ya que existió falta de ejecutividad por parte de la UEP al inicio de la ejecución del Programa debido a la falta de personal idóneo en áreas estratégicas para que la Unidad pueda desarrollar sus propios procesos.
 2. La inexistencia de una cultura organizacional en gestión de proyectos situación que impactó directamente en los tiempos y costos de ejecución.
 3. En el caso del MINSA, el hecho de que los recursos del préstamo ingresaran a través de la CCSS, impidió una ejecución más expedita de los planes de trabajo.

2.2.3.2. Identificación de factores positivos para obtener los productos

- A.
1. Las autoridades del MINSA constituyeron equipos de trabajo para la mejora continua del Programa apoyadas por facilitadores externos. Amplia participación del personal del Ministerio de Salud en la definición de su nuevo rol así como de su estructura organizacional y funcional.
 2. Integración de la UEP externa a las instituciones prestatarias, permitiendo así introducir una mayor ejecutividad y eficiencia a la gestión del programa a partir de 1998, como resultado de la contratación de personal experto en áreas clave como adquisiciones, asesoría legal, financiera, entre otras, lo cual permitió a la Unidad Ejecutora el control de estos procesos. La Unidad Ejecutora asumió la totalidad de los procesos requeridos para la ejecución de los proyectos, a saber: confección de los pliegos de licitación, procesos de licitación, diseño de planos constructivos, inspección de obras, entre otros.



3. Modalidad de contratación tipo “llave en mano” (diseño, construcción y equipamiento) para el Hospital de Alajuela lo que disminuyó el tiempo de contratación del proyecto y una mejor control de la obra.

■ 2.2.3.3. Identificación de factores negativos para la obtención de los efectos (outcomes)

- A.**
1. Restricción política y presupuestaria para la apertura de nuevas plazas para el Hospital de Alajuela.
 - 2 Resistencia al cambio del rol del Ministerio de Salud por parte de algunos funcionarios, situación que fue eliminada gracias a la estrategia de integración y participación de éstos funcionarios en el proceso de reforma y fortalecimiento de la Institución.
 3. Asignación presupuestaria insuficiente para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud

■ 2.2.3.4. Identificación de factores positivos para la obtención de los efectos (outcomes)

- A.**
1. Legislación nacional que establece el rol rector del Ministerio de Salud.
 2. Capacidad organizativa y financiera de la CCSS para asumir los programas de atención a la salud de las personas que ejecutaba el Ministerio de Salud en el primer nivel de atención, con el aporte de personal del Ministerio de Salud trasladado a la CCSS, con amplia experiencia en programas de salud preventiva.
 3. Participación de usuarios internos y externos promovida por la Unidad Ejecutora, en cuanto a la definición de necesidades y funcionalidad de los proyectos.
 4. Reducción de los costos de las obras, debido a la coordinación e involucramiento de la Unidad Ejecutora con representantes de las diferentes comunidades donde se construyeron sedes para EBAIS y clínicas, dando como resultado la donación del 100% de los terrenos donde se construyeron estas obras.

■ 2.2.4. Análisis de gestión del proyecto y lecciones aprendidas

■ 2.2.4.1. Análisis de gestión

- A.**
1. La gestión del Programa se considera satisfactoria, sobretodo a partir de 1998 al integrarse la UEP externa al ejecutor y obtener la autonomía en materia de contratación administrativa de la Junta Directiva de la CCSS, con ello se agilizaron los procesos de contratación permitiendo cumplir a cabalidad con el programa de ejecución.
 2. Se contrató personal técnico en áreas clave, de acuerdo con las necesidades de la Unidad Ejecutora, lo que permitió el control de procesos en estas áreas. El diseño de un sistema de monitoreo y evaluación para los proyectos de infraestructura, lo que permitió asegurar el cumplimiento de las metas anuales establecidas, y el cumplimiento de los objetivos del Programa.
 3. Tanto el ejecutor, el Banco y la UEP trabajaron de manera eficiente y eficaz. Se fueron logrando los productos según los nuevos plazos definidos en 1998 y se utilizaron más eficientemente los recursos destinados al Programa, lo que se demuestra con la construcción y equipamiento de edificaciones más complejas (sedes de Área de Salud), sin dejar de cumplir con la meta de construir y equipar 40 edificaciones, las que originalmente estaban destinadas a únicamente a sedes de EBAIS. Asimismo, la gestión de construcción y equipamiento del Hospital Regional de Alajuela se dio a partir de una metodología innovadora de “llave en mano”, lo que posibilitó delegar la responsabilidad del proceso en un “tercero” y reorientar la función de la UEP en el tema de la supervisión del mismo.

■ 2.2.4.2. Lecciones aprendidas sobre gestión de proyectos (medidas alternativas)



- A. 1- Independientemente de que la UEP sea interna o externa a la institución, deberá contar con el recurso humano idóneo para poder ejecutar los componentes del Programa, con responsabilidad y autonomía totales desde la fase de diseño del proyecto.
2- Debe quedar claramente establecida la normativa que se utilizará para la adquisición de bienes, obras y servicios de consultoría de forma que no existan conflictos entre la legislación nacional y las políticas del Banco.

2.2.4.3. Calificación de la implementación del proyecto (IP)

Con base en el análisis de gestión anterior y en los productos (outputs) obtenidos por el proyecto en forma oportuna, en la cantidad y con la calidad esperadas y a los costos presupuestados, califique la implementación del proyecto

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Insatisfactorio (I) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

- A. El programa podía ser considerado muy satisfactorio pues se lograron casi la totalidad de los productos. Sin embargo, el periodo de ejecución tan largo hizo que los mismos no fueran totalmente oportunos y es por esta razón que se ha considerado que la implementación del Programa fue únicamente satisfactoria.

2.3. Análisis de Sostenibilidad

2.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional (FIO)

2.3.1.1. Areas fortalecidas o mejoradas por el proyecto

Fortalecido / Mejorado	Si	No	N/A	Nivel		
				Nac	Reg	Loc
1. Marco legal y regulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedimientos, manuales, guías operacionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Capacidad de la alta gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Capacidad de la mediana gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Capacidad de sistemas de información	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Medición del desempeño (capacidad de M y E)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Servicio al cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estructura funcional y organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Presupuestación / Gerencia financiera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Coordinación Intra- / Inter-sectorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Coordinación Intra - / Inter-organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Personal / desarrollo de recursos humanos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adquisiciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Auto-evaluación, auditoría y rendición de cuentas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.1.2. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el país

- A.** 1 El Programa permitió el fortalecimiento en el país a nivel general, en tanto redefinió el perfil funcional y organizacional del Ministerio de Salud hacia un rol rector, en el que la generación de políticas, vigilancia de la salud, la regulación de los servicios de salud y la investigación y el desarrollo tecnológico, son en este momento sus funciones estratégicas esenciales, y definen su estructura.
2. La eficiencia y la eficacia de la gestión del Ministerio mejoró sustancialmente, al generarse una mayor capacidad gerencial en sus funcionarios de todos los niveles como resultado del proceso de formación y capacitación realizado y la mejora de sus procesos de trabajo como los de planeación, presupuestación, gestión de recursos humanos y adquisiciones.
3. Fortalecimiento de la red de servicios de salud en áreas marginales mediante la ampliación de la cobertura de los servicios y el mejoramiento de la calidad de la atención al contar con edificaciones más adecuadas en términos de funcionalidad y confort.

2.3.1.3. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el Organismo Ejecutor

- A.** 1. Se ha mejorado el marco legal y regulatorio del Ministerio de Salud, y con relación a su estructura la misma fue redefinida hacia la rectoría y no prestación de servicios de salud.
2. Se han redefinido los procedimientos, manuales y guías operacionales del Ministerio de Salud, esencialmente las destinadas a la generación de capacidad en la alta gerencia, la capacidad en la mediana gerencia, la capacidad de gestionar sistemas de información y la capacidad de mejorar el servicio al cliente. Asimismo en el contexto del nuevo perfil funcional y organizacional diseñado e implantado en el MINSA, se mejoraron los procesos de planeación, presupuestación, gestión financiera, coordinación intra e intersectorial, coordinación intra e inter organizacional, gestión de recursos humanos y adquisiciones.
3. La Unidad Ejecutora introdujo una modalidad de trabajo orientada a la consecución de productos de calidad, en tiempo y costo razonables. Sin embargo, dicha experiencia no fue aprovechada por la Institución dado que se procedió al cierre de dicha Unidad de manera inmediata una vez finalizado el Proyecto del Hospital de Alajuela. El recurso humano institucional que conformaba la Unidad fue reasignado a labores de diferente naturaleza y el resto del personal eran consultores, los cuales no fueron recontratados o incorporados a la Institución. consecuentemente se perdió la experiencia de la Unidad Ejecutora.

2.3.1.4. Calificación de la contribución del proyecto al FIO

Califique la contribución del proyecto al desarrollo institucional / organizacional en el país prestatario y el Organismo Ejecutor



☒ Muy Relevante (MR)
 ☐ Relevante (R)
 ☐ Poco Relevante (PR)
 ☐ Irrelevante (I)

- A. El cumplimiento de los objetivos del Programa derivado del fortalecimiento de la nueva organización y funcionamiento del MINSA, así como del fortalecimiento de los servicios de salud ofrecidos por la CCSS, se considera que la contribución al FIO ha sido muy relevante.

2.3.2. Sostenibilidad del proyecto

2.3.2.1. Alcance de la sostenibilidad del proyecto

- A.
1. Elaborar e implementar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo para las diferentes obras construidas con fondos de los préstamos, por un periodo de al menos 10 años después de la entrega de las obras a la CCSS.
 2. Garantizar la existencia de recursos financieros para el mantenimiento de las obras durante la vida útil de las mismas.
 3. Asegurar la dotación del personal requerido para el adecuado funcionamiento del Hospital de Alajuela.
 4. Asegurar la permanencia del personal del Ministerio de Salud capacitado mediante un plan de incentivos y diseñar programas de capacitación y actualización para el personal del Ministerio de Salud.
 5. Mejorar la infraestructura del Ministerio de Salud a nivel regional y local.

2.3.2.2. Bases para el análisis de sostenibilidad

1. Apoyo de la alta gerencia en la Agencia Ejecutora	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
2. Marco legal y regulatorio	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
3. Arreglos institucionales y capacidad organizacional	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
4. Coordinación inter-organizacional	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
5. Disponibilidad de recursos financieros	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
6. Personal idóneo	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
7. Recursos para mantenimiento de la infraestructura física	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
8. Apoyo de los beneficiarios del proyecto	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A
9. Apoyo del gobierno nacional	Bajo ① ② ③ ④ Alto	<input type="checkbox"/> N/A



■ 2.3.2.3. Análisis de causas de raíz que afectan negativamente la sostenibilidad

- A.**
1. La falta de apoyo sostenido a los productos del Programa por parte de las autoridades del sector salud que se exprese en la búsqueda de recursos económicos para la operación del MINSA, en la implementación de un sistema de información integral para el ejercicio de la rectoría y en el fortalecimiento del proceso de capacitación y formación de sus recursos humanos. lo cual puede ser afectado por los recortes presupuestarios y la falta de incentivos para la permanencia del personal del Ministerio de Salud.
 2. Las dificultades financieras de la CCSS que podrían afectar el mantenimiento de la infraestructura y equipo de las Sedes de EBAIS, Sedes de Área de Salud y Hospital Regional de Alajuela. La CCSS debe generar una política de reorientación del gasto, de eficiencia en la gestión de los establecimientos institucionales y de generación de mayores ingresos. Lógicamente, el impacto de asumir por parte de la CCSS la operación del nuevo hospital tiene un mayor impacto en sus finanzas: el mantenimiento de la infraestructura es más costosa, los gastos de operación son mas elevados debido a la mayor cantidad, calidad y especialización de los recursos humanos involucrados. El mantenimiento de equipo sofisticado requiere de aporte económico importante y la diferencia de complejidad entre el viejo hospital y éste, incrementa de forma relevante el gasto y su peso en las finanzas institucionales es mayor.

■ 2.3.2.4. Análisis de causas de raíz que contribuyen favorablemente a la sostenibilidad

- A.**
1. Marco legal y regulatorio que apoya el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud. La sostenibilidad de lo logrado con este componente depende de que las autoridades actuales de la Institución y las que están por venir, brinden el apoyo necesario a la consolidación y fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud. Es fundamental, propiciar una reflexión nacional sobre el tema de la rectoría en salud, pero es aún más importante que las autoridades superiores de los gobiernos de turno, apoyen al Ministerio de Salud en su responsabilidad rectora. Esto implica asignar recursos económicos que posibiliten el ejercicio de dicha responsabilidad, ya que como se apuntó antes, prácticamente la totalidad del presupuesto actual de la institución se dedica al pago de salarios. Se requiere también, continuar con el proceso de capacitación y formación de recursos humanos a dos niveles: capacitar y formar a personas que no cuentan con el conocimiento requerido en el plano de la rectoría, y dar actualización a los funcionarios que fueron beneficiarios del programa financiado con recursos del presente Programa.
 - 2 Política nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención de salud, que ha incrementado el porcentaje de recursos asignados a este nivel.
 3. Estudio de reclasificación del perfil y capacidad resolutive del Nuevo Hospital de Alajuela en proceso, lo cual de aprobarse implicaría mayor disponibilidad de recursos para este centro hospitalario.
 4. Implementación de un plan piloto para implementar una nueva modalidad de gestión en el nuevo Hospital Regional de Alajuela.
 5. Implementación de un proceso de desconcentración en los tres niveles de atención.
 6. Marco legal que propicia la participación ciudadana a través de la Juntas de Salud y Seguridad Social en los diferentes niveles.

■ 2.3.2.5. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas adoptadas)

- A.**
1. Procesos participativos que involucraron al personal del Ministerio de Salud en la definición del nuevo rol como ente rector.
 2. Capacitación del personal del Ministerio de Salud en áreas estratégicas para el ejercicio de la



rectoría y también a nivel de maestría.

3. Concientización de la necesidad de presupuestar recursos para el mantenimiento de obras en la CCSS., así como el diseño y ejecución de un plan de capacitación para el mantenimiento en Sedes para EBAIS y Clínicas, incluyendo la elaboración y entrega a los usuarios de guías para el mantenimiento de las obras.

■ 2.3.2.6. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas alternativas)

- A. 1. Como condición previa de futuros contratos de proyectos de infraestructura, el diseño de los mismos se debería plantear como requisito la presentación de un plan de dotación recursos humanos necesarios para su óptima operación.
2. Los programas de fortalecimiento institucional deberían incluir un plan de capacitación del personal por un periodo de al menos 5 años, una vez finalizado el mismo, que permita consolidar el fortalecimiento logrado en la institución.

■ 2.3.2.7. Plan de Sostenibilidad

- A. El planteamiento se encuentra inmerso en el análisis de los indicadores anteriores, pero se puede resumir de la siguiente manera:
1. Lograr el equilibrio financiero de la CCSS a partir de la implementación de una política de gasto congruente con los ingresos. Para esto es necesario el diseño e implementación de un modelo readecuado de la organización y funcionamiento de la red de servicios que incluya las Sedes de EBAIS y Área de Salud construidas y el Hospital Regional de Alajuela.
 2. Mejorar los ingresos de la institución, mejorando la recaudación de la cuotas obrero patronales, haciendo énfasis en las que corresponden al Estado.
 3. Mejorar los ingresos de la institución a partir del mejoramiento de la recaudación de algunos tipos de aseguramiento existentes que son poco eficientes como los relacionados con el aseguramiento voluntario y aseguramiento por el Estado.
 4. Mejorar la capacidad gerencial en los niveles directivos de los establecimientos de la CCSS con el objetivo de mejorar la eficiencia de sus gestión. En términos del Programa, se perdió una gran oportunidad de probar nuevas formas de gestión en la administración de los establecimientos construidos, incluyendo el Hospital de Alajuela.
 5. En términos de la reestructuración del Ministerio de Salud es importante hacer lo siguiente:
 - Profundizar la capacitación de los recursos humanos encargados del ejercicio de la rectoría en la institución.
 - Fortalecer el ejercicio de la rectoría del MINSA incrementando su presupuesto de operación.
 - Diseñar e implementar un sistema de información integral para la rectoría en salud.

■ 2.3.2.8. Calificación de la sostenibilidad del proyecto (S)

Con base en los análisis previos y las perspectivas del plan de acción, califique la probabilidad de que el proyecto sea sostenible durante los próximos tres años

☐ Muy Probable (MP) ☒ Probable (P) ☐ Poco Probable (PP) ☐ Improbable (I)

- A. 1. Existencia de garantías para el mantenimiento preventivo y correcto del equipo adquirido para el Hospital de Alajuela durante al menos 2 años.
2. El personal de las clínicas y de las sedes para EBAIS está capacitado para dar un adecuado mantenimiento a estas obras.



3. Existe voluntad política para dotar de manera escalonada al Hospital de Alajuela, del recurso humano necesario para su adecuada operación.

4. El cierre de las antiguas instalaciones del Hospital de Alajuela garantiza que todos los recursos asignados a este centro se destinarán al nuevo Hospital.

5. Existe un marco jurídico que respalda el quehacer rector del Ministerio de Salud y el personal está capacitado e identificado con las nuevas funciones.

2.4. Desempeño del Organismo Ejecutor

2.4.1. Desempeño del Organismo Ejecutor en áreas críticas

1. Participación y calidad de sus contribuciones durante el diseño del proyecto	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
2. Organización de la Unidad Coordinadora / Ejecutora del proyecto (personal, infraestructura, coordinación, comunicación, etc.)	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
3. Coordinación e integración de la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto con el Organismo Ejecutor	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
4. Monitoreo y evaluación de resultados (información de línea de base, sistemas, procedimientos, recolección, análisis y reporte de información, etc.)	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
5. Capacidad gerencial de la Unidad Coordinadora / Ejecutora del proyecto	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
6. Oportunidad en el cumplimiento de políticas, procedimientos y cláusulas contractuales	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
7. Gerencia financiera (disponibilidad de recursos de contrapartida, desembolsos, etc.)	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
8. Eficiencia en la adquisición de obras, bienes y servicios de consultoría	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
9. Liderazgo de la alta gerencia de la Agencia Ejecutora, sentido de propiedad y apoyo a la ejecución del proyecto	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A
10. Acciones concretas por asegurar la sostenibilidad del proyecto	Bajo ① ② ③ ④ Alto <input type="checkbox"/> N/A

2.4.2. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas adoptadas)

A. El diseño del Programa no contempló las funciones y alcances de una Unidad Ejecutora externa, por lo que hasta el año 1998 el avance de los proyectos fue mínimo. Ejemplo de lo anterior, fue que los trámites debían seguir el curso propio de la administración central, entabando los procesos y alargando los tiempos de respuesta.

Por esta razón se solicitó a la Junta Directiva de la Institución que dotara a la Unidad Ejecutora de autonomía en materia de adquisiciones, lo que agilizó los procesos de contratación de bienes y servicios.



La Unidad Ejecutora formó un equipo de expertos en áreas claves como adquisiciones, asesoría legal, equipamiento y asesoría financiera, entre otras, lo que fue esencial para alcanzar los propósitos de desarrollo del Programa

La Unidad Ejecutora asumió la totalidad de los procesos para la ejecución de los proyectos, a saber: confección de los pliegos de licitación, procesos de licitación, diseño de planos constructivos, inspección de obras, etc.

■ ■ 2.4.3. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas alternativas)

- A.** En futuras operaciones es necesario analizar cuidadosamente la forma de constitución de las Unidades Ejecutoras, puesto que en el Programa la UE dentro de la institución tuvo resultados muy pobres y poca capacidad de gestión y ejecución y la creación de una UE externa con personal idóneo fue efectiva ya que hizo que el programa avanzara y se concluyera exitosamente, pero el problema surge cuando termina el programa puesto que se cierra la UE, destruyéndose esa capacidad instalada y debilitando la institución y finalmente perdiéndose la memoria institucional, por lo cual debería buscarse un esquema intermedio eficiente y sostenible.

■ ■ 2.4.4. Calificación del desempeño del Organismo Ejecutor

Con base en el análisis de desempeño realizado en esta sección, en los resultados logrados y en la eficiencia en la implementación del proyecto califique el desempeño del Organismo Ejecutor:

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Insatisfactorio (I) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

- A.** Es importante indicar el contexto historico del programa antes de calificar al ejecutor y es el siguiente:

En 1992, se quería construir el Hospital Regional de Alajuela, y se amplió el programa para hacerlo más integral, incluyendo la construcción de infraestructura rural para servicios de salud, y fortalecimiento del papel de rectoría del Ministerio de Salud. Estas acciones fueron coherentes y complementarias con el Programa que el Banco Mundial estaba realizando con la CCSS sobre políticas sectoriales, gestión hospitalaria y sistemas de información corporativa en la misma.

Entre 1994-1998, el gobierno tenía una política explícita de contención de gasto público, lo que no permitió la negociación de nuevos préstamos con los Bancos de Desarrollo, y se ejerció presión para no desembolsar los recursos de muchas operaciones ya aprobadas. El Banco realizó algunas actividades con el Ministerio de Salud, y se diseñó un esquema diferente de Unidad Ejecutora, siendo la CCSS el ejecutor principal, y el Ministerio de Salud un ejecutor secundario, participando en la definición y supervisión de las consultorías, contratadas por la CCSS.

Entre 1998-2002, el nuevo Presidente Ejecutivo de la CCSS demostró interés en construir y poner a funcionar el Hospital Regional de Alajuela, y aprobó la creación de la Unidad Ejecutora del Programa, y la modalidad de contratación llave en mano, desechando los trabajos anteriores de diseño interno de la CCSS que no cumplían con los requerimientos.

Se debe enfatizar la necesidad de fortalecer la red del Hospital de Alajuela, al igual que la de todos los hospitales regionales, de tal manera, que estos Centros Hospitalarios no dirijan su responsabilidad de atención en aquellos servicios que pueden ser satisfechos por niveles inferiores, tal es el caso de la cirugía ambulatoria y la atención del parto normal. Igualmente, no deben asumir la responsabilidad de realizar procedimientos diagnósticos como gastroscopías, electrocardiogramas y ultrasonidos a población referida de las sedes de Área de Salud urbanas y Hospitales Periféricos. Si esto se mantuviera de esta forma, el hospital probablemente entraría en crisis en el mediano plazo, perdiéndose parcialmente los beneficios de su puesta en operación.

Por otro lado, las condiciones externas necesarias para que los productos del Programa efectivamente produzcan los efectos esperados se pueden organizar de la siguiente manera:



Equilibrio en la situación financiera de la CCSS. Como se apuntó antes, la situación financiera actual y proyectada de la institución es deficitaria. Se requiere adoptar algunas medidas urgentes que le permitan reorientar su rumbo poco claro en los momentos de realizar el presente informe. Se sugiere lo siguiente:

- Impulsar una política institucional que propicie la readecuación del modelo de organización y funcionamiento de la red de servicios de salud. A la fecha, la readecuación de la atención secundaria y hospitalaria no se encuentra en agenda. Es importante generar un nuevo modelo de organización y funcionamiento de la red, que propicie el acercamiento de los servicios a la población, la adecuada articulación de los establecimientos que la componen tanto entre sí como con el nivel central de la institución, que desconcentre servicios que hoy prestan los Centros Hospitalarios de mayor complejidad, que genere compromisos de gestión integrados con los planes anuales operativos y que readecue el marco jurídico que regula la organización del sistema de salud. Esto generaría un modelo de salud mas eficiente y efectivo y a la vez se impulsaría con éste, un modelo que oriente el gasto de la institución en el corto, mediano y largo plazo, lo que permitiría preservar los objetivos del Programa.
- Generar una política institucional que permita mejorar los ingresos de la institución. Entre otros, es importante que se logre que el Estado asuma la responsabilidad económica con la institución, haciéndole frente tanto a la deuda vigente como a las obligaciones presentes y futuras.
- Mejorar la afiliación y recaudación de los ingresos del Seguro Voluntario.
- Mejorar la gestión de las Unidades de Validación de Derechos de los establecimientos de la CCSS de tal forma que el beneficio del seguro por el Estado se otorgue a quien verdaderamente lo necesite.

■ ■ 2.5. Bases para la Evaluación Ex-post

■ ■ 2.5.1. Previsiones para la Evaluación Ex-post

 1. ¿El Contrato de Préstamo requiere una evaluación ex-post para esta operación?

- ☐ Si
- ☒ No

 2. ¿Para qué fecha está programada?

Fecha de comienzo :

Fecha de terminación :

 3. ¿Quién es el responsable de realizar la evaluación ex-post?

- ☐ Banco
- ☐ Prestatario

¿Cuánto es el costo estimado (U\$D)? : \$0.00

 4. ¿Cuál es la fuente de los recursos financieros para realizar la evaluación ex post?



- ☐ Recursos de préstamo BID
- ☐ Recursos del prestatario
- ☐ Otras fuentes

A. El programa no incluye la realización de evaluación ex-post, ya que la misma fue eliminada cuando el Banco dió la opción de realizarlo o no.

■ 2.5.2 Análisis de capacidad para la evaluación ex-post

A.

■ 2.6. Otras lecciones aprendidas y recomendaciones

■ 2.6.1. Lecciones aprendidas y recomendaciones adicionales

- Es necesario fortalecer la gestión del Hospital de Alajuela, para que no enfatice su responsabilidad de atención en aquellos servicios que pueden ser satisfechos por niveles inferiores, tal es el caso de la cirugía ambulatoria y la atención del parto normal. No debe asumir la responsabilidad de realizar procedimientos de diagnósticos como gastroscopías, electrocardiogramas y ultrasonidos a población referida de otros Centros de Salud urbanas y rurales. Si esto se mantuviera, el Hospital probablemente entraría en crisis en el mediano plazo, perdiéndose las ventajas de su puesta en operación.
- Se requiere adoptar algunas medidas para lograr el equilibrio en la situación financiera de la CCSS, para lo cual se recomienda lo siguiente: i) impulsar una política institucional que propicie la readecuación del modelo de organización y funcionamiento de la red de servicios de salud; ii) generar una política institucional, que permita mejorar los ingresos, buscando que el Estado asuma la deuda presente, así como a las obligaciones futuras, y iii) mejorar su gestión de tal forma que el beneficio del servicio de salud por parte del Estado se otorgue a quien lo necesite.
- Los plazos de ejecución de los proyectos deben ser más realistas en términos de la capacidad de gestión y de ejecución de las instituciones públicas de los países prestatarios. Además, estos plazos todavía resultan más cortos por los tiempos requeridos para la aprobación de los Contratos de Préstamo por parte de las Asambleas Legislativas.
- En futuras operaciones es necesario analizar cuidadosamente la forma de constitución de las Unidades Ejecutoras, puesto que en el Programa primero se estableció UEs dentro de las instituciones (MS y CCSS), pero con resultados muy pobres y poca capacidad de gestión y ejecución por lo que 1998 se decidió crear una UE externa con personal idóneo que hizo que el programa avanzara y se concluyera exitosamente, y cuando termina el programa se cierra la UE, destruyéndose esa capacidad instalada y perdiéndose el fortalecimiento logrado y la memoria institucional.



Memorando del Ejecutor

■ ■ 3.1. Memorando del Ejecutor

■ ■ 3.1. Memorando del Organismo Ejecutor (Sección del PCR escrita por el Prestatario / Ejecutor)

Memorando del Ejecutor



INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO

PROJECT COMPLETION REPORT – PCR

Memorando de La Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS)

Presentado al Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

San José 21 de octubre de 2004

La eficacia de este reporte para mostrar los resultados al terminar la ejecución del proyecto, propiciar la sostenibilidad de beneficios del proyecto y capitalizar las lecciones aprendidas para mejorar el diseño y la implementación de futuras operaciones depende en gran medida de la participación de la Institución Prestataria, los Organismos Ejecutores y los beneficiarios del proyecto en la preparación de este reporte.

Por esta razón, su contribución como autor del Memorando del Ejecutor será muy valiosa, en la medida que el conocimiento y experiencia sobre la implementación del proyecto, el análisis de la información sobre resultados y las opiniones de los beneficiarios sean transmitidas de la manera más objetiva posible y con independencia de criterio.

Instrucciones para completar el Memorando

Al completar este Memorando tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ☐ No olvide completar la portada y el recuadro sobre datos básicos del proyecto con la información necesaria
- ☐ Es muy importante que revise las Guías PCR que serán proporcionadas por la Representación del Banco, en particular el anexo técnico “Guía Práctica para la Preparación del PCR”. Este anexo presenta una serie de orientaciones, consejos y ejemplos prácticos útiles para completar la información que requiere el PCR. Recuerde que las preguntas para el Banco y para el Ejecutor son iguales, al igual que su numeración, con excepción del primer dígito (para el Banco inician con el número 2, ejemplo 2.1.1.1., mientras que para el Ejecutor inician con 3, ejemplo, 3.1.1.1.)
- ☐ Responda las preguntas en forma concisa. Lo deseable es limitar las respuestas a 10 renglones cada una como máximo. En todo caso, por favor, no se exceda de 15 renglones por respuesta. Si requiere presentar información adicional importante con evidencia sobre resultados del proyecto, utilice el anexo 5 “Anexo Documental”, un anexo opcional que se puede enviar a la Representación como documento separado (ver Guía PCR para una descripción de este anexo).
- ☐ **Nota:** Este formato, debido a los múltiples botones para marcar las respuestas puede tardar unos minutos en salvar la información.

Datos básicos del proyecto
Nombre del proyecto: Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud
Número del proyecto: CR0120
Número de Préstamo/CT: 711OC/CY y 712 OC/CR
Nombre del Organismo Ejecutor: Caja Costarricense de Seguro Social
Nombre del autor del Memorando del Ejecutor: MSc. Loredana Delcore, Dra. Sandra Rodríguez.
Posición (cargo) en el Organismo Ejecutor: Asesoras de la Dirección de la Unidad Ejecutora, como contraparte institucional.

3. MEMORANDO DEL EJECUTOR

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS (PRODUCTOS, EFECTOS E IMPACTOS)

3.1.1 Productos (*outputs*) obtenidos. Descripción de los productos del proyecto por componente y análisis de factores que afectaron su ejecución

3.1.1.1. Análisis de indicadores de producto. Registre los indicadores de los productos obtenidos en cada componente usando los mismos indicadores de producto (*outputs*) que aparecen en el ISDP / PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del PPMR). Compare los indicadores en las columnas Logrado y Planeado. Si existe una diferencia significativa entre ellos, describa brevemente los factores responsables de la diferencia

PLANEADO	LOGRADO
Componente 1	Componente 1
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud (MS) reorientado hacia política y regulación y no presta servicios de salud ni otros, directamente a partir de 2002. - 1000 personas capacitadas en tema de rectoría del Ministerio de Salud al finalizar 2002. - Sistema de información (con datos sobre aspectos financieros, recursos humanos, vigilancia de la salud y sistema de regulación) funcionando en el III trimestre de 2002. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud (MS) reorientado hacia política y regulación y no presta servicios de salud ni otros, directamente a partir de 2002. - 1000 personas capacitadas en tema de rectoría del Ministerio de Salud al finalizar 2002. - Sistema de información (con datos sobre aspectos financieros, recursos humanos, vigilancia de la salud y sistema de regulación) funcionando en el III trimestre de 2002.
Componente 2	Componente 2
<ul style="list-style-type: none"> - Centros y puestos de salud transferidos del Ministerio de Salud a la CCSS. - Centros y puestos de salud ampliados y sustituidos. - Hospital de Alajuela en funcionamiento. - La CCSS reforzada financieramente. 	<ul style="list-style-type: none"> - 550 centros y puestos de salud transferidos a la CCSS al finalizar el año 2000 y brindan una atención integral a la salud. - 40 edificios para Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) construidos, equipados y funcionando en el II trimestre de 2001. - Hospital regional de 310 camas construido, equipado y funcionando en octubre de 2004. - La CCSS cuenta con recursos financieros para

	atender apropiadamente sus funciones a partir de junio de 2001.
--	---

3.1.1.2. Identificación de los productos logrados. Teniendo en cuenta los indicadores de producto en los diferentes componentes del proyecto, describa sintéticamente los productos clave (*key outputs*) obtenidos por este proyecto

- 1 Ministerio de salud reorientado hacia la política y regulación, y no presta servicios de salud ni otros, directamente a partir del 2002.
- 2 36 sedes para EBAIS y 4 clínicas construidas.
- 3 Hospital Regional de Alajuela construido y equipado.
- 4 CCSS fortalecida financieramente

3.1.2. Efectos (*outcomes*) e impactos del proyecto. Descripción de los logros del proyecto en relación con su Objetivo de Desarrollo (OD o propósito en el marco lógico del proyecto)

3.1.2.1. Análisis de indicadores de efecto (*outcome*). Registre los indicadores del logro del Objetivo de Desarrollo (*outcome*) usando los mismos indicadores de efecto (*outcome*) del ISDP/PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del PPMR). Compare los indicadores de los efectos Logrados y Planeados. Si existe una diferencia significativa entre ellos, explique brevemente los factores responsables de la diferencia.

PLANEADO	LOGRADO
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación total de duplicaciones entre instituciones y programas, a partir de 2002. - Aumento de la población que tiene acceso a servicios de salud adecuados, de 843.000 personas en 1993 a 2.800.000 en 2003, de las cuales 1.775.000 son de áreas urbano-marginales y rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación total de duplicaciones entre instituciones y programas, a partir de 2002. - Aumento de la población que tiene acceso a servicios de salud adecuados, de 843.000 personas en 1993 a 2.842.000 en 2004, de las cuales 1.900.000 son de áreas urbano-marginales y rurales.

Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):

➔ Diferencia en el dato de población corresponde a la proyección de la misma para el año 2004.

3.1.2.2. Identificación de efectos intermedios (*outcomes*) e impactos iniciales. Considerando los productos (*outputs*) logrados por el proyecto, en la medida de lo posible, identifique los efectos (*outcomes*) intermedios y los impactos iniciales logrados hasta el momento

- ➔ Mayor accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población beneficiaria
- ➔ Mejor calidad en el servicio prestado
- ➔ Ministerio de Salud asume a partir del año 2000 el rol rector del Sector Salud, aumentando la racionalidad del uso de los recursos como consecuencia, entre otras cosas, de la eliminación de las duplicidades entre el Ministerio de Salud y la CCSS.

3.1.2.3. Identificación de los futuros efectos (*outcomes*) e impactos. Considerando los productos (*outputs*) que fueron obtenidos, identifique los futuros efectos e impactos que se espera obtener y describa de qué manera los productos contribuyen al logro de esos efectos e impactos

- Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud
- Fortalecimiento de la red de servicios de salud

3.1.2.4. Análisis de los supuestos (de productos a efectos). Enumere las condiciones favorables que deben darse para lograr el propósito del proyecto y explique por qué son necesarias

- Decisión política para mantener las reformas alcanzadas en el Sector Salud
- El Estado asigna recursos suficientes al Ministerio de Salud para el adecuado ejercicio de la rectoría
- Permanencia del personal capacitado en el Ministerio de Salud
- La CCSS cuenta con los recursos necesarios (humanos, financieros, logísticos, de equipamiento y de infraestructura) para atender la ampliación de la cobertura

3.1.2.5. Pregunta piloto No.1 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Se observan inequidades en el acceso a los beneficios del proyecto por parte de subgrupos dentro de la población objetivo por razón de género, localización, origen étnico, sector rural/ urbano, nivel de ingreso u otras razones? Si esto es así, ¿a qué se deben?

- No se responde por indicación del BID.

3.1.2.6. Pregunta piloto No.2 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Se produjo algún tipo de efecto adverso causado sin intención por este proyecto en la población y/o en el medio ambiente? Si esto es así, ¿qué medidas se han tomado?

- No se responde por indicación del BID

3.1.2.7. Pregunta piloto No.3 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) Seguramente los resultados del proyecto han contribuido al logro, o bien de las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial o nacional vigente del país prestatario, o bien a los indicadores de la actual Estrategia de País del Banco. Si esto es así, especifique a qué meta o indicador de resultados está contribuyendo el proyecto y explique de qué manera y en qué medida lo hace

- No se responde por indicación del BID

3.1.2.8. Pregunta piloto No.4 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Hubo cambios significativos en el contexto en que se implementó el proyecto y/o en las políticas sectoriales

/ nacionales y/o en las estrategias de desarrollo? Si fue así, explique cómo el proyecto fue adaptado para dar respuesta a esos cambios

→ No se responde por indicación del BID

3.1.2.9. Recálculo de la Tasa Interna de Retorno (TIR). Si el proyecto incluyó ex ante un cálculo de la tasa de retorno esperada, ¿cuál fue la tasa de retorno esperada y cuál es la tasa de retorno real?

→ No se responde por indicación del BID

3.1.2.10. Recálculo de otros indicadores de evaluación económica. Si el proyecto incluyó ex ante otras estimaciones de evaluación económica (costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio), ¿cuál fue el indicador esperado y cuál es el indicador real?

→ No se responde por indicación del BID

3.1.2.11. Calificación de la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo (OD). Teniendo en cuenta los análisis realizados en las secciones 3.1.1. y 3.1.2., califique la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo

☒ Muy Efectivo

☐ Efectivo

☐ Poco Efectivo

☐ Inefectivo

X

Explique su calificación













→ Se cumplió en un 100% con los objetivos propuestos.

3.2. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION

3.2.1. Medición del desempeño del proyecto

3.2.1.1. Elementos para monitoreo y evaluación. En una escala de 1 a 4 establezca la calidad de los siguientes elementos necesarios para medir el desempeño del proyecto:

1. Análisis de problemas	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
2. Estrategia de intervención en respuesta al(los) problema(s) identificados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
3. Identificación de efectos (<i>outcomes</i>) e impactos esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
4. Identificación de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
5. Indicadores de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
6. Indicadores de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
7. Línea de base de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A

8. Línea de base de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ←  → Alta  N/A
9. Supuestos de productos a efectos	Baja ←   → Alta  N/A
10. Definición de responsabilidades para la recolección de información	Baja ←   → Alta  N/A
11. Plan para la implementación del proyecto	Baja ←  → Alta  N/A
12. Plan de Adquisiciones	Baja ←  → Alta  N/A

3.2.1.2. Análisis de factores críticos del diseño. Considerando los elementos del diseño del proyecto evaluados en el punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (positiva y/o negativa) en la medición de su desempeño

- ➔ El Programa no fue diseñado siguiendo la metodología de Marco Lógico, por lo que no se contó con la definición de línea de base en términos de efectos esperados. Estos indicadores se definieron durante la ejecución del Programa, situación que no es óptima.
- ➔ Al no estar establecido en la Ley del Contratos de Préstamo del Programa la definición de la normativa del BID sobre la normativa del país en materia de adquisiciones de bienes y servicios, la Unidad Ejecutora debió cumplir simultáneamente los requerimientos del BID y de la legislación nacional, situación que fue muy compleja por la existencia de algunas incompatibilidades entre éstas.
- ➔ El diseño del Programa no contempló las funciones y alcances de la Unidad Ejecutora, por lo que hasta el año 1998 el avance de los proyectos fue mínimo. Ejemplo de lo anterior, fue que los trámites debían seguir el curso propio de la administración central, entabando los procesos y alargando los tiempos de respuesta.

3.2.1.3. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas para mejorar los aspectos previstos en el diseño del proyecto en relación con la medición del desempeño del proyecto

- ➔ Se definieron indicadores durante la ejecución de los Proyectos para el monitoreo y evaluación del Programa.
- ➔ Se solicitó a la Junta Directiva de la Institución que dotara a la Unidad Ejecutora de autonomía en materia de adquisiciones, lo que agilizó los procesos de contratación de bienes y servicios.
- ➔ La Unidad Ejecutora conformó un equipo de expertos en áreas claves como adquisiciones, asesoría legal, equipamiento y asesoría financiera, entre otras, lo que fue esencial para alcanzar los propósitos de desarrollo del Programa.

3.2.1.4. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño en el diseño de futuros proyectos

- ➔ Aplicar la metodología de Marco Lógico u otra metodología similar. Incluyendo la definición de sistemas de monitoreo y evaluación.

3.2.1.5. Información disponible durante la implementación del proyecto. En una escala de 1 a 4 califique el grado de cumplimiento y la calidad de las siguientes tareas que deben ser realizadas por el Organismo Ejecutor para generar información necesaria para la medición de desempeño del proyecto:

- | | |
|---|---|
| 1. Establecimiento de procesos y mecanismos para recolección y análisis de datos (fuente de datos, responsables, periodicidad y características de la información) | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 2. Recolección de información de línea de base de efectos | Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 3. Recolección de información de línea de base de productos | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 4. Recolección, análisis y reporte de información sobre recursos disponibles y actividades realizadas | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 5. Recolección, análisis y reporte de información sobre productos generados por el proyecto y su contribución al logro de los efectos esperados | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 6. Recolección, análisis y reporte de información sobre efectos e impactos generados por el proyecto y su contribución a las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial y nacional | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |

3.2.1.6. Análisis de factores críticos para medición de desempeño durante la implementación. Considerando los procesos del punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (negativa o positiva) en la medición de desempeño del proyecto durante su implementación

→ La no existencia de indicadores de línea base de efectos esperados.

3.2.1.7. Lecciones aprendidas en la implementación (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas a fin de obtener la información necesaria (en cantidad y calidad) para medir el desempeño del proyecto

- Se procedió a definir durante la implementación los indicadores de línea de base del Programa.
- Se consultaron bases de datos actualizadas en el área de la salud para la construcción de indicadores.

3.2.1.8. Lecciones aprendidas para la implementación (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño durante la implementación de futuros proyectos

- Disponer desde el inicio del proyecto de indicadores de línea de base para la medición de efectos y productos esperados.
- Definir desde el diseño del Proyecto las instancias que deben suministrar la información requerida, de manera que ésta sea remitida a la Unidad Ejecutora en forma periódica.

3.2.2. Factores que afectaron la ejecución del proyecto (según ISDP/PPMR)

(Como información útil para contestar las preguntas de la sección 3.2.3. conviene revisar los factores que afectaron la ejecución del proyecto y que fueron registrados en el ISDP/PPMR. La Representación podrá facilitar esta información).

En los años iniciales (1994 a mayo 1998) la Unidad Ejecutora experimentó retrasos importantes en la ejecución de los Proyectos por falta de decisión política, ineficiencia de la Unidad Ejecutora y problemas en los procesos de adquisiciones. A partir de mayo de 1998 el ritmo de ejecución de los proyectos mejoró sustancialmente debido a cambios en el personal director de la Unidad Ejecutora, a la contratación de expertos en áreas clave y a un fuerte apoyo de la CCSS.

3.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto

Factores críticos para la obtención de los productos (*outputs*)

3.2.3.1. Identificación de factores negativos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente la ejecución de los componentes del proyecto y la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

- ➔ La dificultad en la aplicación de la normativa BID y la normativa del país de manera simultánea en materia de contrataciones.
- ➔ La inexistencia de una cultura organizacional en gestión de proyectos situación que impacta directamente los tiempos y costos de ejecución.
- ➔ No disponer desde la conformación de la Unidad Ejecutora con el personal idóneo en áreas estratégicas para que la Unidad pueda desarrollar sus propios procesos.
- ➔ En el caso específico de los proyectos de infraestructura, dado que la Unidad Ejecutora no contaba con el personal técnico requerido, la responsabilidad del diseño de los proyectos estuvo a cargo de otra instancia de la CCSS, por lo que la Unidad no tenía control sobre los tiempos y calidad de los productos.

3.2.3.2. Identificación de factores positivos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que contribuyeron positivamente a la implementación de los componentes del proyecto y a la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

- ➔ Pliegos de licitación claros y completos que redujeron al mínimo los recursos de apelación en los diversos procesos de adquisiciones desarrollados por la Unidad Ejecutora.
- ➔ Amplia participación del personal del Ministerio de Salud en la definición de su nuevo rol así como de su estructura organizacional y funcional.
- ➔ Contratación de personal experto en áreas clave como adquisiciones, asesoría legal, financiera, entre otras, lo cual permitió a la Unidad Ejecutora el control de estos procesos.
- ➔ La Unidad Ejecutora asumió la totalidad de los procesos requeridos para la ejecución de los proyectos, a saber: confección de los pliegos de licitación, procesos de licitación, diseño de planos constructivos, inspección de obras, entre otros.
- ➔ En el área de infraestructura, el proceso de diseño de las obras fue ampliamente participativo, de manera que se satisfizo las necesidades de los usuarios internos y externos en un alto porcentaje.
- ➔ Desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación que permitió dar un adecuado seguimiento de los proyectos lo que facilitó la toma de decisiones.
- ➔ Modalidad de contratación tipo “llave en mano” (diseño, construcción y equipamiento) para el Hospital de Alajuela lo que disminuyó el tiempo de contratación del proyecto y una mejor control de la obra.

Factores críticos para la obtención de los efectos (*outcomes*)

3.2.3.3. Identificación de factores negativos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente el logro de los efectos (*outcomes*) del proyecto y analice por qué

- ➔ Restricción política y presupuestaria para la apertura de nuevas plazas para el Hospital de Alajuela.
- ➔ Resistencia al cambio del rol del Ministerio de Salud por parte de algunos funcionarios, situación que fue eliminada gracias a la estrategia de integración y participación de éstos funcionarios en el proceso de reforma y fortalecimiento de la Institución.
- ➔ Asignación presupuestaria insuficiente para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud.

3.2.3.4. Identificación de factores positivos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron, en perspectiva, los principales factores que contribuyeron positivamente a la posibilidad de lograr a tiempo los efectos del proyecto (*outcomes*) y analice por qué

- ➔ Legislación nacional que establece el rol rector del Ministerio de Salud.
- ➔ Capacidad organizativa y financiera de la CCSS para asumir los programas de atención a la salud de las personas que ejecutaba el Ministerio de Salud en el primer nivel de atención, con el aporte de personal del Ministerio de Salud trasladado a la CCSS, con amplia experiencia en programas de salud preventiva.
- ➔ Participación de usuarios internos y externos promovida por la Unidad Ejecutora, en cuanto a la definición de necesidades y funcionalidad de los proyectos.
- ➔ Reducción de los costos de obra, debido a la coordinación e involucramiento de la Unidad Ejecutora con representantes de las diferentes comunidades donde se construyeron sedes para EBAIS y clínicas, dando como resultado la donación del 100% de los terrenos donde se construyeron estas obras.

3.2.4. Análisis de gestión y lecciones aprendidas

3.2.4.1. Análisis de gestión. Identifique y analice la efectividad de las medidas adoptadas para resolver los problemas y aprovechar las oportunidades relacionadas con el análisis de factores críticos y explique cómo fueron llevadas a la práctica

- ➔ Solicitud de autonomía en materia de contratación administrativa a la Junta Directiva de la CCSS, agilizó los numerosos procesos de contratación que se realizaron permitiendo cumplir a cabalidad con el programa de ejecución.
- ➔ Se elaboraron términos de referencia para la contratación de personal técnico en áreas clave, de acuerdo con las necesidades de la Unidad Ejecutora, lo que permitió el control de procesos en estas áreas.
- ➔ El diseño de un sistema de monitoreo y evaluación para los proyectos de infraestructura, lo que permitió asegurar el cumplimiento de las metas anuales establecidas, y el cumplimiento de los objetivos del Programa.
- ➔ Los procesos ampliamente participativos redujeron la resistencia al cambio por parte del personal del Ministerio de Salud, y las obras construidas respondieron satisfactoriamente a los requerimientos de los usuarios.

3.2.4.2. Lecciones aprendidas sobre gestión de proyectos. Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta la efectividad de las medidas adoptadas mencionadas en el análisis de gestión, describa en forma concreta qué medidas alternativas recomienda para enfrentar los problemas que puedan surgir durante la implementación de futuros proyectos similares a este.

- ➔ La Unidad Ejecutora debería disponer desde su constitución del recurso humano idóneo en áreas estratégicas, para lo cual se deben implementar previamente procesos de reclutamiento y selección de dicho personal.
- ➔ El personal institucional que sea asignado a la Unidad Ejecutora debe dedicarse de manera exclusiva a las

labores que demande al proyecto.

➔ Definición desde el diseño del Proyecto, sobre la normativa que debe aplicarse en materia de contratación de bienes y servicios, y de ser posible aplicar la normativa del Banco.

➔ Dotar a la Unidad Ejecutora desde la fase de diseño del proyecto, de desconcentración administrativa que le permita agilizar los procedimientos y trámites intra e interinstitucionales.

Calificación de la implementación del proyecto (IP)

3.2.4.3. Calificación de la implementación del proyecto. Califique la implementación del proyecto con base en el análisis de gestión anterior y en los productos (*outputs*) obtenidos en la cantidad y con la calidad esperada, en tiempo razonable y a costos razonables

☒ Muy Satisfactorio (MS)

☒ Satisfactorio (S)

☐ Insatisfactorio (I)

☐ Muy Insatisfactorio (MI)

Explique su calificación

➔ Se obtuvo el 100% de los productos del Programa con la calidad esperada y a costos razonables.

En cuanto a la variable tiempo, el Programa experimentó al inicio de su ejecución un retraso importante por falta de decisión política, ineficiencia de la Unidad Ejecutora y problemas en los procesos de adquisiciones. Lo anterior desfásó los tiempos de ejecución previstos aproximadamente 4 años, lo cual implicó la necesidad de solicitar prórrogas ante el Banco.

En 1998 se replanteó de manera global el Programa así como la estructura organizativa y funcional de la Unidad Ejecutora, lo que mejoró la ejecución de los proyectos sustancialmente.

3.3. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD

3.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional (FIO)

3.3.1.1. Áreas fortalecidas o mejoradas por el proyecto. Identifique las áreas institucionales / organizacionales fortalecidas o mejoradas por el proyecto, directa o indirectamente, e indique el nivel de su influencia (nacional, regional, local)

Area Institucional / Organizacional				Nivel		
	Si	No	N/A	Nacional	Regional	Local
1. Marco legal y regulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedimientos, manuales, guías operacionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidad						
3.1. Capacidad de la alta gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Capacidad de la mediana gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Capacidad de sistemas de información	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Medición del desempeño (capacidad de M&E)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Servicio al cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estructura funcional y organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Presupuestación / gestión financiera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Coordinación Intra- / Inter-sectorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Coordinación Intra - / Inter-organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Personal / desarrollo de recursos humanos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adquisiciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Auto-evaluación, auditoría & rendición de cuentas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.1.2. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el país. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el país

- ➔ Redefinición del rol del Ministerio de Salud lo que requirió un cambio de la estructura organizacional y funcional, la capacitación del personal en rectoría y gestión, el desarrollo e implementación de un sistema de información en regulación de la salud así como la elaboración de manuales de normas y procedimientos.
- ➔ Fortalecimiento de la red de servicios de salud en áreas marginales mediante la ampliación de la cobertura de los servicios y el mejoramiento de la calidad de la atención al contar con edificaciones más adecuadas en términos de funcionalidad y confort.

3.3.1.3. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el Organismo Ejecutor. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el Organismo Ejecutor. Describa la situación antes-después del proyecto

- ➔ La Unidad Ejecutora introdujo una modalidad de trabajo orientada a la consecución de productos de calidad, en tiempo y costo razonables. Sin embargo, dicha experiencia no fue aprovechada por la Institución dado que se procedió al cierre de dicha Unidad de manera inmediata una vez finalizado el Proyecto del Hospital de Alajuela. El recurso humano institucional que conformaba la Unidad fue reasignado a labores de diferente naturaleza y el resto del personal eran consultores, los cuales no fueron recontratados o incorporados a la Institución.

3.3.1.4. Calificación de la contribución del proyecto al FIO

☒ Muy Relevante (MR) ☒ Relevante (R) ☒ Poco Relevante (PR) ☒ Irrelevante (I)

Explique su calificación

- ➔ Se consolidó el proceso de reforma del Sector Salud mediante el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y la ampliación de la cobertura de los servicios en áreas marginales por parte de la CCSS.

3.3.2. Sostenibilidad del proyecto

3.3.2.1. Alcance de la sostenibilidad del proyecto. En consulta con las autoridades del Organismo Ejecutor, defina qué acciones, servicios y/o productos deberían seguir siendo sostenibles, y durante cuánto tiempo, a fin de asegurar la sostenibilidad de los efectos y futuros impactos esperados del proyecto

- ➔ Elaborar e implementar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo para las diferentes obras construidas con fondos de los préstamos, por un periodo de al menos 10 años después de la entrega de las obras a la CCSS.
- ➔ Garantizar la existencia de recursos financieros para el mantenimiento de las obras durante la vida útil de las mismas.

- ➔ Asegurar la dotación del personal requerido para el adecuado funcionamiento del Hospital de Alajuela.
- ➔ Asegurar la permanencia del personal del Ministerio de Salud capacitado mediante un plan de incentivos y diseñar programas de capacitación y actualización para el personal del Ministerio de Salud.
- ➔ Mejorar la infraestructura del Ministerio de Salud a nivel regional y local.

3.3.2.2. Bases para el análisis de sostenibilidad. En una escala de 1 a 4 estime la probabilidad de que durante el año siguiente a la terminación del proyecto (y del financiamiento del Banco) existan los siguientes arreglos y recursos institucionales y organizacionales en el país, necesarios para mantener las acciones, servicios, productos, efectos y futuros impactos iniciados por el proyecto y definidos en 3.3.2.1.

Arreglos institucionales / organizacionales y recursos	Probabilidad
1. Apoyo de la alta gerencia en la Agencia Ejecutora	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
2. Marco político, legal y regulatorio	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
3. Preparativos y capacidad organizacional	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
4. Coordinación inter-organizacional	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
5. Disponibilidad de recursos financieros	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
6. Personal idóneo	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
7. Recursos para mantenimiento de la infraestructura física	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
8. Apoyo de los beneficiarios del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
9. Apoyo del gobierno nacional	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A

3.3.2.3. Análisis de causas de raíz que afectan negativamente la sostenibilidad. Con base en el punto anterior, y considerando los posibles factores que puedan afectar la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 3.3.2.1 pueden no ser sostenibles, y explique por qué

- ➔ Al no existir una cultura orientada al mantenimiento de obras y equipos en la CCSS, no se dispone de un plan de mantenimiento, ni de los recursos financieros necesarios para su implementación.
- ➔ Limitación política y presupuestaria para la apertura de nuevas plazas.
- ➔ Recorte presupuestario y falta de incentivos para la permanencia del personal del Ministerio de Salud.

3.3.2.4. Análisis de causas de raíz que contribuyen favorablemente a la sostenibilidad. Con base en los previos análisis y considerando los posibles factores que puedan contribuir a la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 3.3.2.1. pueden ser sostenibles, y explique por qué

- ➔ Marco legal y regulatorio que apoya el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud.
- ➔ Política nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención de salud, que ha incrementado el porcentaje de recursos asignados a este nivel.
- ➔ Estudio de reclasificación del perfil y capacidad resolutoria del Nuevo Hospital de Alajuela en proceso, lo cual de aprobarse implicaría mayor disponibilidad de recursos para este centro hospitalario.

- ➔ Implementación de un plan piloto para implementar una nueva modalidad de gestión en el nuevo Hospital Regional de Alajuela.
- ➔ Implementación de un proceso de desconcentración en los tres niveles de atención.
- ➔ Marco legal que propicia la participación ciudadana a través de la Juntas de Salud y Seguridad Social en los diferentes niveles.

3.3.2.5. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas adoptadas). Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas adoptadas en su diseño y/o su implementación que fueron eficaces para mejorar la sostenibilidad del proyecto y explique cómo se llevaron a la práctica

- ➔ Procesos participativos que involucraron al personal del Ministerio de Salud en la definición del nuevo rol como ente rector.
- ➔ Capacitación del personal del Ministerio de Salud en áreas estratégicas para el ejercicio de la rectoría.
- ➔ Concientización de la necesidad de presupuestar recursos para el mantenimiento de obras en la CCSS., así como el diseño y ejecución de un plan de capacitación para el mantenimiento en Sedes para EBAIS y Clínicas, incluyendo la elaboración y entrega a los usuarios de guías para el mantenimiento de las obras.

3.3.2.6. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas alternativas). A partir de su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas alternativas que recomienda tener en cuenta durante el diseño y/o la implementación para mejorar la sostenibilidad de futuros proyectos

- ➔ Como condición previa de futuros contratos de proyectos de infraestructura, el diseño de los mismos debería plantear como requisito la presentación de un plan de dotación recursos humanos necesarios para su óptima operación.
- ➔ Los proyectos de fortalecimiento institucional deberían solicitar la presentación de un plan de capacitación del personal por un periodo de al menos 5 años, una vez finalizado el proyecto, que permita consolidar el proceso de transformación.

3.3.2.7. Plan de Sostenibilidad. Teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa las acciones concretas que el País Prestatario y/o el Banco deberían realizar durante el próximo año para asegurar la sostenibilidad de los futuros impactos, efectos, productos, acciones y/o servicios identificados en 3.3.2.1.

- ➔ Cumplir con el plan de dotación de personal definido para el nuevo Hospital de Alajuela.
- ➔ Consolidar el plan de mantenimiento de obras iniciado por la Unidad Ejecutora en el caso de las sedes para EBAIS y clínicas construidas con fondos del préstamo, y dotarlos de los recursos financieros para la operación y mantenimiento adecuados de las obras construidas con fondos de los préstamos.
- ➔ Identificar fuentes alternativas de ingresos para el Ministerio de Salud, con la finalidad de iniciar su implementación a corto plazo, como por ejemplo mediante la venta de servicios.
- ➔ Gestionar la obtención de recursos para reemplazar la infraestructura del Ministerio de Salud a nivel regional y local.

3.3.2.8. Calificación de la sostenibilidad del proyecto. Con base en los análisis previos y las perspectivas del Plan de Sostenibilidad, califique la probabilidad de que el proyecto sea sostenible durante los próximos tres (3) años:

☐ Muy Probable (MP)

☐ Probable (P)

☐ Poco Probable (PP)

☐ Improbable (I)

Explique su calificación

- ➔ Existencia de garantías para el mantenimiento preventivo y correcto del equipo adquirido para el Hospital de Alajuela durante al menos 2 años.

- ➔ El personal de las clínicas y de las sedes para EBAIS está capacitado para dar un adecuado mantenimiento a estas obras.
- ➔ Existe voluntad política para dotar de manera escalonada al Hospital de Alajuela, del recurso humano necesario para su adecuada operación.
- ➔ El cierre de las antiguas instalaciones del Hospital de Alajuela garantiza que todos los recursos asignados a este centro se destinarán al nuevo Hospital.
- ➔ Existe un marco jurídico que respalda el quehacer rector del Ministerio de Salud y el personal está capacitado e identificado con las nuevas funciones.

3.4. DESEMPEÑO DEL BANCO

3.4.1. Desempeño del Banco en áreas críticas. Evalúe el desempeño del Banco en las siguientes áreas:

- | | |
|--|---|
| 1. Grado de facilitación para diseñar el proyecto en forma participativa con el Prestatario y el Organismo Ejecutor | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input checked="" type="checkbox"/> N/A |
| 2. Provisión de asistencia técnica y capacitación, así como seguimiento sistemático para que el Organismo Ejecutor cumpla con las políticas y procedimientos del Banco | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 3. Provisión de asistencia técnica y capacitación al Organismo Ejecutor, para mejorar la gestión y la administración del proyecto | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 4. Utilidad de la supervisión y asesoramiento del Banco para mejorar la gestión y la administración del proyecto | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 5. Oportunidad de la respuesta del Banco a los requerimientos del Organismo Ejecutor durante la implementación del proyecto | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |
| 6. Flexibilidad del Banco para dar respuesta a emergencias e imprevistos durante la implementación del proyecto | Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A |

3.4.2. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas adoptadas). Con base en su experiencia durante la implementación del proyecto, identifique qué medidas adoptadas respecto a la estructura, organización y procesos en la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto, así como su interacción con el Banco resultaron eficaces y explique cómo fueron llevadas a la práctica.

- ➔ Comunicación permanente con el especialista sectorial a cargo del Programa, así como con el resto del personal de la representación nacional.
- ➔ Apoyo del Banco para la contratación de consultores o expertos en áreas estratégicas (legal, financiera y adquisiciones).
- ➔ Capacitación al personal de la Unidad Ejecutora por parte del Banco para mejorar la gestión y administración del Programa.
- ➔ Oportunidad de respuesta del Banco ante los requerimientos de la Unidad Ejecutora.
- ➔ Implementación del sistema de pagos directos al contratista por parte del Banco (aspecto crítico).

3.4.3. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas alternativas). Con base en su experiencia durante la implementación del proyecto, qué sugerencias hace al Banco para mejorar la estructura, organización y procesos de la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto y su interacción con el Banco en futuras operaciones?

- ➔ Mayor disponibilidad del especialista sectorial en proyectos de alta complejidad.
- ➔ Definir dentro del texto de la ley la preeminencia de la normativa del Banco en materia de adquisiciones (de ser posible).
- ➔ Mayor agilidad en la resolución de las apelaciones interpuestas ante el Banco, principalmente en los casos en los que se está sujeto tanto a la normativa nacional como a la normativa Banco.
- ➔ **Preguntar a Majorie**

3.4.4. Calificación del desempeño del Banco. Con base en 3.4.1. y teniendo en cuenta la experiencia de la institución prestataria y su experiencia como Organismo Ejecutor, califique el desempeño del Banco durante las fases de diseño e implementación del proyecto:

☐ Muy Satisfactorio (MS)
 ☒ Satisfactorio (S)
 ☐ Insatisfactorio (I)
 ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

Explique su calificación

- ➔ El Banco respondió oportunamente a los diferentes requerimientos de la Unidad Ejecutora durante la implementación de los proyectos.
- ➔ El Banco dotó al personal de la Unidad Ejecutora de capacitación en el uso de herramientas gerenciales que mejoraron la administración del Programa
- ➔ Existió un seguimiento sistemático por parte del Banco para que la Unidad Ejecutora cumpliera con las políticas y procedimientos establecidos por ese organismo.
- ➔ El Banco implementó el sistema de pagos directos a los contratistas, lo que fue un factor crítico éxito para la ejecución del Programa.
- ➔ En el caso del Proyecto del Hospital de Alajuela, el Banco no contaba con experiencia en la elaboración de carteles de licitación bajo la modalidad “llave en mano” para hospitales, por lo que su contribución en este aspecto no fue la esperada.

3.5. BASES PARA LA EVALUACION EX POST

3.5.1. Previsiones para la evaluación ex-post. Establezca si esta operación, de acuerdo con el Contrato de Préstamo, requiere una evaluación ex-post. De ser aplicable, proporcione la siguiente información sobre las previsiones tomadas (revisar acuerdos entre el Banco, Prestatario y Ejecutor en la Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto):

¿El Contrato de Préstamo requiere una evaluación ex-post para esta operación?

☒ No
 ☐ Si

¿Para qué fecha está programada?

Fecha comienzo: DD MM AA
 Fecha terminación: DD MM AA

¿Quién es el responsable de realizar la evaluación ex-post?

☐ Banco
 ☐ Prestatario

¿Cuánto es el costo estimado?

USD\$ []

¿Cuál es la fuente de los recursos financieros para la evaluación ex post?

☐ Recursos de préstamo BID
☐ Recursos del Prestatario
☐ Otra Fuente

Si los recursos provienen de otra fuente, especifique cuál:

3.5.2. Análisis de capacidad para la evaluación ex-post. Analice la capacidad del Organismo Ejecutor, así como su infraestructura y procesos de información para recolectar, analizar y reportar la información sobre el logro de los futuros efectos e impactos del proyecto, y los principales factores

que puedan facilitar u obstaculizar esta evaluación

- ➔ El país cuenta con sistema de información en salud adecuado, sin embargo algunos datos requeridos para una evaluación ex-post no se recopilan de manera rutinaria, lo que podría dificultar la medición del impacto del Programa.
- ➔ El BID informó que el país estuvo de acuerdo con la sugerencia planteada por este organismo, en el sentido de no efectuar la evaluación ex -post.

3.6. OTRAS LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

En forma adicional a las lecciones aprendidas ya registradas en las secciones anteriores de este reporte, a continuación puede registrar otras lecciones aprendidas y recomendaciones que puedan ser útiles para el diseño y/o la implementación de nuevos proyectos:

- ➔ Los plazos de ejecución de los proyectos deben ser más realistas en términos de la capacidad de gestión de las instituciones públicas del país. Además, los plazos deben contar a partir de su aprobación de los Contratos de Préstamo por parte de la Asamblea Legislativa.
- ➔ Instar a la Unidades Ejecutoras para que documenten y registren detalladamente los procesos en las diferentes etapas de ejecución de los proyectos, principalmente en aquellos casos que demandan una amplia participación de usuarios internos y externos.
- ➔ El diseño de los proyectos debe contemplar un plan de incentivos para personal institucional que será asignado a la Unidad Ejecutora, ya que la dinámica de los proyectos demanda mayor disponibilidad y responsabilidad para cumplir con los plazos establecidos.
- ➔ Considerar desde el diseño del proyecto la posibilidad de armonizar los sistemas contables del organismo ejecutor, Contabilidad Nacional y del Banco, para posibilitar la conciliación adecuada de las cuentas.
- ➔ La Unidad de Proyectos del Ministerio de Hacienda podría asumir entre sus funciones, la capacitación a las Unidades Ejecutoras nuevas en lineamientos generales sobre procedimientos financieros y relaciones interinstitucionales en esta área.
- ➔ El apoyo político es esencial para la adecuada ejecución de los proyectos. Además, debe existir una comunicación fluida entre el nivel político y la dirección de la Unidad Ejecutora.
- ➔ Características como el liderazgo y el compromiso son esenciales para la adecuada conducción de una Unidad Ejecutora.

Anexos 1A y 1B
Financiamiento del Proyecto

Anexo 1-A
Fuente de Financiamiento
(Montos en millones de USD\$)

Categoría versión	Original				Actual				Brecha como % del Original			
	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
c.												
TOTAL												

Fuente de Información:

Del sistema LMS: Columnas (1) y (5)

Para ser completadas por el autor del Memorando del Ejecutor: Columnas (2) (3) (6) (7) (10) (11)

Anexo 1- B
Calendario de Inversiones
(Montos en millones de US\$)

Años	Original				Actual				Brecha
	BID	Prestatario	Otros	Total	BID	Prestatario	Otros	Total	(8)- (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
n									
TOTAL									

Fuente de Información:

Para ser completadas por el autor del Memorando del Ejecutor: Columnas (2), (3), (6), (7)



Minutas del CRG

■ ■ 4.1. Minutas CRG (Acta del Comité de Revisión Gerencial)

Minutas del CRG



COSTA RICA
ADECUACIÓN DE SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD EN ZONAS MARGINALES
(CR-0120)

Minutes of the Management Review Committee (CRG)
Project Completion Report (PCR)
Held on December 3, 2004

I. INVITED

Camille Gaskin Reyes (ROS); Jorge Requena (COF/CCR); Lari Fortunato (COF/CCR); Jorge Sapoznikow (RE2/SC2); Marcelo Antinori (RE2/FI2); Robert Kaplan (RE2/EN2); Helge Semb (RE2/OD3); Maria Eugenia Nepote-Cit (LEG/OPR); Carlos Jarque (SDS/SDS); Juan Manuel Farña (RE3/SO3); Alicia Ritchie (RE1/SO1); Manuel Agosin (RE2/RE2); John Hastings (RE2/RE2); Marcia Bonilla-Roth (RE2/SO2); Sandra Bartels (RE2/RE2); Adriana Arroyave (ROS/DAU); Rodolfo Hernández (ROS/PRM); Laura Ramírez-Ramos (ROS/PMP); Jorge Lamas (RE3/SO3); Tomas Engler (RE1/SO1); Carlos López Ocaña (ITS/ITC); Wolfgang Munar (RE2/OD3); Roberto García López (DPP/DPP); Marcelo Valenzuela (COF/CCR); Mark Homonoff (RE2/SO2); Gustavo Cuadra (RE2/SO2); y Carlos Gargiulo (RE2/OD3).

II. PARTICIPANTS

Christian Gómez-Fabling (RE2/SO2), who presided at the CRG; Carlos Gargiulo (RE2/OD3); Edgar González (ROS/PMP); Mark Homonoff (RE2/SO2); Fortunato Lari (COF/CCR); Betsy Murray (COF/CCR); and Marcelo Valenzuela (COF/CCR) by audioconference, Members of the Project team: Tomas Engler (RE1/SO1).

III. THEMES TREATED DURING THE CRG

During the CRG, the following areas were covered:

1. **Past history of the program:** The program, approved by the Board in 1992, with a contract signed in 1995, had its last program disbursement in July of 2004. During the nine years of execution, the project was subject to substantial delays. During the course of the CRG, these issues were summarized by a consultant to the Representation in Costa Rica, and by a project team member, who had pointed out the problem of the loss of "institutional memory" regarding the program. The program had executed with a complex set of objectives— goals of institutional reform but a high weighting of the program's disbursements to construction. All segments of the program met with delays. In terms of objectives of the program, the goals of the project were considered as having been met satisfactorily, however, there were no measurements for the criteria of improved efficiency and productivity, either elaborated in the loan document or investigated within the context of the PCR. Given the number of years for the program to execute, and the multiple changes of both Bank and counterpart personnel during this period, it was felt that an "introduction" should be provided for this PCR document, summarizing a description of the evolution of the program and probable reasons for the delays that led to such a prolonged execution period.

Conclusion: Addition of an introductory segment consisting of several paragraphs to recount the history of the program.

2. **Explanations concerning the function and problems surrounding the role of the execution unit:** The current PCR document has not sufficiently explained the role and problems encountered in the activities of the execution unit. It was felt that a segment, summarizing "lessons learned" regarding the role and structure of this unit, in its evolution from the project document proposal to its final configuration. This would be helpful in understanding the slowed execution of the lending program, and as well as the evaluation of other projects in health from that era that may have encountered difficulties in execution. In the original loan document, it had been specified that the execution unit would be integrated in the lines of the CCSS and MINSA (in CCSS' Architectural Directorate and MINSA's Health Systems Development Directorate). However, with the evolution of the project over time, the executing unit attempted to establish its independence from the two separate lines of institutional authority. The reasons for this are not clear, and the PCR document presents conflicting conclusions that include both the enhanced efficiency of such an arrangement, as well as the lack of continuity it apparently created.

Conclusion: Addition of a more analytical description of the evaluation and problems experienced by the executing unit during the progress of the loan.

3. **Flaws in design that may have impaired the execution of the project:** To a large extent, the project suffered from the issues of relevance of its objectives over a protracted period of time. During the CRG, the question was discussed as to whether there was a participatory element in the program. It was reported that while it was not a requirement in the lending process at that time, participative design workshops were held, although it is unclear if the high level of commitment from both institutions at the time was sufficient to mitigate the risks both identified by the original project document and the PCR. In this complex program, issues of coordination of activities did not receive adequate attention. One factor that may have been underestimated was the tension between the financially powerful CCSS and a MINSA with only legal authority to carry out its leadership role, given its financially weaker situation. Such institutional considerations could be described in greater length, regarding the underestimation of issues of political economy, within the design of this program in the document.

Conclusion: A more precise description of the design problems faced by the loan during execution, and how these contributed to delays and conflicts in the execution of the program. The PCR should clarify the changes in the MOH structure vis a vis those originally proposed, the dynamic of institutional relationships during execution. Attention should also be given to identifying how the risks first identified, and then encountered during execution of the lending program, might have been better controlled.

4. **Consequences of this project to the performance of the new Hospital Alajuela:** One of the principal features of the lending program was the construction of a new hospital. This hospital was to replace an older hospital at the same site (the costs of

refurbishment had been deemed higher than new construction). The PCR should clarify that the lack of a proposed management model for the Hospital was due to the preparation at the time of a World Bank project addressing specifically this goal for the entire CCSS. Unfortunately CR120 took so long that the WB-CCSS project was long finished by the time the Hospital was built. Clarifications could be made regarding what was involved, and what results were obtained, through the construction of this hospital.

Conclusions: The PCR should provide clarification of the above points.

5. **Issues related to “turn-key” hospital construction and how these issues were resolved within the context of the loan:** Hospital construction, as initially described in the loan document, was to follow normal Bank procedures, by which different consultants would design and build civil works. However, the program was later changed to a “turn-key” project (“design-construct”), in which the same firm designs and builds the civil work, a situation which requires substantive technical and managerial capacity to control the conflict of interest inherent in this arrangement. It was discussed during the CRG whether cautionary comments should be raised in the context of this loan. Lessons learned may be extracted from a discussion of these policy issues.

Conclusions: “Turn-key” contracts are now considered an option in Bank policy. However, it is felt that further analysis of the experience with this modality in this project would provide useful lessons.

6. **Corrections in data for Appendix IA, “Fuente de financiamiento”; other clarifications:** Discussions took place during the CRG regarding discrepancies in Annex I. This Annex presented a table of the total amounts of funds addressed in the program, and the appropriate categories. From review of these numbers, it appears that some allocations changed (notably in the area of engineering and administration). Other areas of clarification remain, including (1) further elaboration of the changed leadership role of the MINSA in 2.1.1.1; and (2) the definition of sustainability that was raised in section 2.3.2.5.

Conclusion: Review of figures in Appendix I, and provision of an explanatory note, was recommended. Suggestions were made regarding the clarification of the remaining points discussed (see above).

7. **Relation between the two versions of results from the program, one presented by IDB, and the second presented by the counterpart, Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS):** Some aspects of these reviews show discrepancies in a number of areas, including those of the salient conclusions of the program. It is suggested that relevant aspects of the executor’s version be formally included in the Bank version of the PCR.

Conclusion: Discussion of differences in the two accounts of the program could be highlighted, and the CCSS report should be incorporated in the PCR.

IV. TOPICS NOT RESOLVED

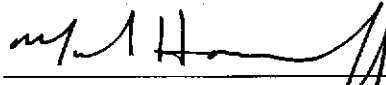
None.

V. CONCLUSIONS

Based on the commentaries and recommendations of the CRG, the reporting team will make the final adjustments in the Project Completion Report. These will be presented in the final version.



Christian Gómez-Fabing, Jefe, RE2/SO2
CRG President



Mark Homonoff, RE2/SO2
Secretary CRG



Anexos

■ Anexo 1A - Fuente de Financiamiento (Montos en US\$ miles)



Para insertar una nueva cantidad, escriba la cantidad completa en cada celda de la tabla (no la escriba en miles de dólares). Una vez la cantidad completa haya sido escrita, el sistema automáticamente la mostrará en miles de dólares. NO use comas, puntos o puntos decimales. Por ejemplo, para insertar US\$175,000.00 escriba 175000.

Categoría	Original				Actual				Brecha			
	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total
1.Ingeniería y Administración	\$430	\$1,046	\$0	\$1,476	\$1,112	\$7,259	\$0	\$8,371	158.6%	593.98%		467.14%
2.Costos Directos	\$32,036	\$1,528	\$0	\$33,564	\$35,804	\$11,966	\$0	\$47,770	11.76%	683.12%		42.33%
3.Costos Concurrentes	\$2,005	\$14,802	\$0	\$16,807	\$2,131	\$706	\$0	\$2,837	6.28%	-95.23%		-83.12%
4.Sin asignación específica	\$4,475	\$153	\$0	\$4,628	\$0	\$0	\$0	\$0	-100%	-100%		-100%
5.Costos financieros	\$3,054	\$471	\$0	\$3,525	\$2,896	\$2,161	\$0	\$5,057	-5.17%	358.81%		43.46%
	\$42,000	\$18,000	\$0	\$60,000	\$41,943	\$22,092	\$0	\$64,035	-.14%	22.73%		6.73%

■ Anexo 1B - Calendario de Inversiones (Montos en US\$ miles)



Para insertar una nueva cantidad, escriba la cantidad completa en cada celda de la tabla (no la escriba en miles de dólares). Una vez la cantidad completa haya sido escrita, el sistema automáticamente la mostrará en miles de dólares. NO use comas, puntos o puntos decimales. Por ejemplo, para insertar US\$175,000.00 escriba 175000.

Años	Original				Actual				Brecha
	BID	Prestatario	Otros	Total	BID	Prestatario	Otros	Total	
1993	\$6,610	\$1,487	\$0	\$8,097	\$0	\$0	\$0	\$0	-100%
1994	\$12,592	\$2,392	\$0	\$14,984	\$0	\$0	\$0	\$0	-100%
1995	\$19,381	\$4,612	\$0	\$23,993	\$436	\$0	\$0	\$436	-98.18%
1996	\$3,417	\$9,509	\$0	\$12,926	\$38	\$0	\$0	\$38	-99.71%
1997	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5,478	\$0	\$0	\$5,478	



1998	\$0	\$0	\$0	\$0	\$942	\$0	\$0	\$942	
1999	\$0	\$0	\$0	\$0	\$916	\$1,885	\$0	\$2,801	
2000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,937	\$4,649	\$0	\$6,586	
2001	\$0	\$0	\$0	\$0	\$8,535	\$2,329	\$0	\$10,864	
2002	\$0	\$0	\$0	\$0	\$4,903	\$6,236	\$0	\$11,139	
2003	\$0	\$0	\$0	\$0	\$14,522	\$1,563	\$0	\$16,085	
2004	\$0	\$0	\$0	\$0	\$4,236	\$5,430	\$0	\$9,666	
	\$42,000	\$18,000	\$0	\$60,000	\$41,943	\$22,092	\$0	\$64,035	6.73%

■ ■ Anexo 1C - Información Financiera y Estados Financieros Auditados

■ ■ 1. Capacidad del Organismo Ejecutor

A. A mediados de 1998 se llevó a cabo un cambio en la dirección ejecutiva del Programa, iniciándose un proceso de mejoras en la ejecución que aunque lento hasta fines de los 90, permitió solventar los problemas de ineficiencias de la Unidad Ejecutora y atrasos en los procesos de contratación y adquisiciones. A principios de 2000 el Banco solicitó el establecimiento de un Plan de Acción que permitiera una mejoría en la gestión contable -financiera y en los procesos de control interno. Para tales efectos se contrataron los servicios de una firma Consultora en el área Financiera quien procedió a establecer sistemas computarizados para el seguimiento y control de todas las transacciones financieras, aplicando los lineamientos del BID establecidos en los documentos AF's de la Política de Auditoría de Proyectos y Entidades. Como resultado se mejoró la administración y los controles internos de la Unidad Ejecutora y se obtuvo información financiera y registros contables confiables y oportunos.

■ ■ 2. Sistema Contable y Control Interno

A. El sistema contable y de control interno desarrollado en la Unidad Ejecutora en los últimos tres años (2001-2004), permitió conciliar las transacciones financieras de años anteriores, actualizar la información para la preparación de los estados financieros básicos, realizar un mejor control de los desembolsos recibidos y gastos efectuados, y mantener al día la ejecución presupuestaria, el estado de inversiones del programa y los aportes locales por categoría de inversión. Consecuentemente, la Unidad Ejecutora presentó los informes relacionados con la ejecución del Programa, en las fechas establecidas contractualmente.

■ ■ 3. Calidad de la información financiera

A. Por lo señalado en los párrafos precedentes, la calidad de la información es confiable y sustentada en los registros contables de la Unidad Ejecutora.

■ ■ 4. Estados Financieros Auditados

A. Comparativamente con los años 90's los estados financieros auditados registraron una mejoría más que satisfactoria. Los informes de las últimas auditorías expresan una opinión limpia de los estados financieros y de la información financiera complementaria del Programa. En su opinión los procesos de adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios fueron efectuados de conformidad a las normas y procedimientos del Banco. La documentación de soporte de los gastos efectuados, correspondientes a las solicitudes de desembolsos se encuentra razonablemente presentada y corresponden a gastos válidos y elegibles del Programa. De igual forma, se cumplieron todos los compromisos contractuales y en lo que respectan al control interno las



auditorías recomiendan efectuar algunos ajustes a fin de dejar debidamente concluida la contabilidad del Programa.

5. Lecciones Aprendidas

- A. Lo más relevante durante la ejecución del Programa, esta relacionada con la existencia de una mayor comunicación, asesoramiento y apoyo continuo a los responsables financieros de las Unidades Ejecutores, de tal forma que se analicen y resuelvan los problemas que presenten con los sistemas contable – financieros, a la mayor brevedad posible y mejorar de esta forma la información que se obtiene para el análisis de riesgos de los proyectos.

Anexo 2 – Ultimo ISDP

[Ultimo ISDP](#)

Anexo 3 – Información del LMS

[LMS65 - Estado de la Cartera de Proyectos \(operaciones asignadas, eventos\)](#)

Anexo 4 - Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto

[Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto](#)



Anexo 5 – Anexo Documental

[PCR - Anexo Documental](#)

