

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

(CR-0120)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE:	La República de Costa Rica	
ORGANISMO EJECUTOR:	Caja Costarricense de Seguro Social con la colaboración del Ministerio de Salud.	
MONTO Y FUENTE:	BID:	US\$42 millones (OC)
	Aporte local:	US\$18 millones
	Total:	US\$60 millones
PLAZOS Y CONDICIONES:	Plazo de amortización:	25 años
	Período de desembolso:	4 años
	Tipo de interés:	variable, sujeta al financiamiento de la Facilidad de Financiamiento Intermediario (FFI). Este financiamiento se aplicaría a una porción del préstamo, equivalente a US\$28 millones
	Inspección y vigilancia:	1% del monto del préstamo
	Comisión de crédito:	0,75% sobre el saldo no desembolsado
OBJETIVOS:	El Programa tiene por objeto principal apoyar las reformas institucionales del sector salud que permitan mejorar la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios en el contexto de la reforma del sector público. Los objetivos específicos del Programa, son: (i) diseñar e implantar reformas institucionales para permitir al Ministerio de Salud (MINSA) ejercer las funciones que le competen como ente rector del sector y lograr un enfoque más racional de los recursos, evitando duplicaciones entre instituciones y programas; (ii) consolidar los programas de atención primaria de salud para lograr una cobertura más eficiente de los servicios; y (iii) reducir las desigualdades en el acceso a los servicios básicos de salud priorizando inversiones físicas que fortalezcan la capacidad funcional y la eficiencia de la red de servicios de salud en las zonas de bajo ingreso del país.	

DESCRIPCION:

Los recursos del Programa financiarán los siguientes componentes: (i) la reestructuración del Ministerio de Salud como ente rector para desarrollar su capacidad de planificar, conducir, controlar y evaluar las actividades del sector; (ii) la integración de servicios de atención primaria, que consiste en: (a) la transferencia de la totalidad de los centros y puestos de salud a la CCSS para eliminar la duplicación de servicios primarios y estructuras administrativas; (b) consolidar la integración de los servicios de atención primaria a través de la ampliación, remodelación y/o sustitución de 119 puestos (25% de la red) y 11 centros de salud (10% de la red) en zonas marginadas del país; (c) mejorar la eficiencia del sistema hospitalario mediante la sustitución del Hospital de Alajuela; y (d) reforzar financieramente la CCSS para que cuente con los recursos financieros necesarios para operar los establecimientos transferidos.

Las reformas del sector antes mencionadas forman parte integral de las reformas del Estado que pretenden llevar a cabo las autoridades costarricenses. El Programa de Reforma del Estado tiene como objetivo aumentar la eficiencia del sector público mediante la reestructuración de instituciones con actividades duplicadas y a través de la privatización de empresas públicas y servicios no considerados vitales para las funciones públicas. Además, el Programa de Reforma busca reducir el personal público excendentario en aproximadamente un 20% en el período 1991-1994. El Programa de Reforma del Estado será apoyado por el Programa de Ajuste Estructural III (PAE III) del Banco Mundial y el Programa de Reforma del Sector Público (CR-0025) del Banco.

Cabe señalar que la operación propuesta es un insumo fundamental para el apoyo del Banco Mundial (BM) en el sector salud. El BM tiene bajo consideración un programa sectorial que completará las reformas en el sector salud en los siguientes aspectos: (i) readecuación del sistema de financiamiento de las instituciones (excluyendo al MINSA); (ii) mejoramiento del sistema de información sectorial (excluido el MINSA); (iii) adecuación del modelo de atención de salud de la CCSS; y (iv) descentralización administrativa de la CCSS.

**CLASIFICACION
AMBIENTAL:**

El Comité de Medio Ambiente en la reunión del 5 de noviembre de 1990 clasificó esta operación en la Categoría III.

BENEFICIOS:

Los beneficios que generará la ejecución del Programa son los siguientes: (i) mediante las reformas institucionales lograr un enfoque y utilización más racional de los recursos, evitando duplicaciones de actividades y de administración; (ii) alcanzar una mayor cobertura poblacional y una prestación de servicios más eficientes a través de la integración de los servicios de atención directa a las personas; (iii) mejorar la calidad de servicio al usuario basado en un mayor control de calidad por el ente rector; y (iv) mejorar la equidad del sistema de prestación de servicios focalizándolo a poblaciones de bajos ingresos.

RIESGOS:

Los principales riesgos del Programa son: (i) que el proceso de reforma del sector público se paralice por falta de consenso político y las reformas previstas no se lleguen a implantar; y (ii) que el Gobierno no le traspase oportunamente a la CCSS los recursos necesarios para absorber la transferencia de los centros y puestos de salud.

Se estima que estos riesgos se disminuirán, sin embargo en atención a que como se ha mencionado anteriormente, las reformas propuestas en esta operación también forman parte de las reformas del Estado apoyadas por el PAE III bajo consideración del Banco Mundial y el Programa de Reforma del Sector Público (CR-0025) del Banco. Por lo tanto, la reestructuración del MINSA y la integración de servicios tienen que ser implantadas como parte de las reformas del Estado. Además, el Gobierno ya ha empezado el proceso de reforma del sector salud, integrando los servicios de salud en varias de las regiones del país.

Para asegurarse que la CCSS tenga los recursos adecuados para operar los centros y puestos de salud eficientemente, en el eventual contrato de préstamo se incluirán cláusulas que comprometan al Gobierno a efectuar las transferencias de recursos necesarias.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAIS:**

La estrategia del Banco en Costa Rica busca de apoyar la reactivación económica del país mediante: (i) la consolidación de la apertura comercial y financiera, enfatizando la eliminación de obstáculos sectoriales a la inversión privada, definición de nuevos campos de participación para la inversión privada y la rehabilitación y expansión de infraestructura de transporte para exportaciones y comercialización; (ii) la mejora de los niveles de atención de necesidades sociales básicas, considerando una mejor focalización del gasto social bajos esquemas

descentralizados y el fortalecimiento del sistema de planeación de inversión pública; y (iii) la adecuación de las condiciones de absorción de empleo teniendo en cuenta un nuevo marco de regulación salarial y programas de calificación y reentrenamiento de fuerza de trabajo.

El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud responde a esa estrategia ya que: (i) apoyaría la implantación de reformas institucionales en el sector, que reforzarán la capacidad del Ministerio de planificar, orientar y evaluar el uso de los recursos del sector, reentrenando al personal pertinente para ese fin; (ii) priorizará inversiones que benefician a la población de más bajos ingresos en el país; y (iii) complementaría los esfuerzos de descentralización administrativa que actualmente lleva a cabo tanto la CCSS como el MINSA.

**ASPECTOS
SPECIALES:**

Hasta la fecha de aprobación de la operación, se habrá incurrido en gastos vinculados al Programa relacionados con la preparación del componente de reestructuración del Ministerio de Salud. En este sentido se financiará retroactivamente hasta US\$100.000 de gastos relacionados con los estudios de diseño de este componente (ver párrafo 3.29).

En adición, se reconocerá como contrapartida local hasta el equivalente de US\$500.000 relacionado con los diseños finales para el Hospital de Alajuela (ver párrafo 3.30).

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Introducción

- 1.1 La operación propuesta es un elemento central del Plan Nacional de Reforma del Sector Salud y, a su vez del Programa de Reforma del Estado, las cuales buscan racionalizar los recursos del sector y ordenar su funcionamiento.
- 1.2 Las actividades a ser financiadas por el Banco dentro de la operación propuesta apoyarían la introducción de reformas orientadas a ordenar los roles y el funcionamiento de las principales instituciones del sector salud, a través de la transformación del Ministerio de Salud (MINSA) como ente responsable de la definición de políticas y coordinación del sector, transfiriendo la operación de servicios de atención primaria a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Con la implantación de estas reformas se espera evitar la duplicación de funciones y asegurar la creación de condiciones que eleven la productividad y la equidad en la prestación de los servicios de salud. El componente de integración de servicios que incluye la rehabilitación y sustitución de infraestructura, permitirá al sector mejorar la eficiencia de la infraestructura de salud en cantones del país considerados prioritarios 1/.

B. Situación económica reciente

- 1.3 Durante 1991 el comportamiento económico general presentó signos contrapuestos. Como resultado de las diferentes medidas de ajuste económico, los déficits en los sectores externo y público se redujeron sustancialmente. Adicionalmente, las reservas internacionales aumentaron significativamente y los atrasos en el pago de la deuda pública externa fueron eliminados o reestructurados en el Club de París. Sin embargo, la tasa de crecimiento del PIB fue la más baja desde 1985 y la inflación aumentó.
- 1.4 El sector externo mejoró notablemente en 1991, reduciéndose a menos de la mitad el déficit de la cuenta corriente. Esta mejoría del sector externo estuvo relacionada con un mayor crecimiento de las exportaciones, principalmente las tradicionales. Las importaciones, por el otro lado, disminuyeron debido a la pérdida de dinamismo de la economía doméstica y a la aplicación de políticas más restrictivas: el establecimiento de sobretasas del 2

1/ Los cantones prioritarios son un grupo de 30 cantones identificados por el Ministerio de Planificación como desventajados en relación al resto del país en virtud del bajo nivel socioeconómico de la población.

al 12% a partir de diciembre de 1990 y el aumento en los depósitos de solicitud de divisas para importaciones.

- 1.5 El déficit del sector público no financiero, por su parte, también se redujo en 1991, alcanzando un nivel del 0,1% del PIB. Sin embargo, el Banco Central de Costa Rica (BCCR) sufrió pérdidas del 2% del PIB. La mejoría del déficit fiscal se debió esencialmente a ajustes reales en las tarifas de empresas estatales, así como en el superávit registrado en el resto del sector público no financiero, principalmente en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Por el otro lado, la reducción en los gastos se dio principalmente en la inversión pública, la cual decreció en 7,2% como resultado de la imposibilidad del gobierno en avanzar más en el recorte de gastos corrientes. Los gastos corrientes junto con transferencias representan el 90% del gasto total del gobierno central.
- 1.6 Para financiar el déficit público, el gobierno central recurrió en 1991 a la colocación de títulos en el mercado financiero. La demanda de fondos del sector público conjuntamente con la demanda del sector privado coadyuvó a elevar las tasas de interés nominales a niveles superiores a 45% a lo largo del año. Las elevadas tasas de interés representaron el obstáculo principal a la inversión privada, la cual decreció en 14% en 1991.
- 1.7 Como resultado del desplazamiento de la inversión privada, la reducción de la inversión pública y la recesión internacional, la tasa de crecimiento de la economía en 1991 fue de solamente del 1%, el nivel más bajo desde 1985. Como consecuencia de la baja actividad económica, la tasa de desempleo aumentó al 5%.
- 1.8 El nivel de inflación se mantuvo alto en 1991 (29%) como resultado de la monetización asociada con la entrada de capital extranjero (relacionada a la alta tasa de interés), los incrementos de precios y tarifas en empresas estatales y las expectativas inflacionarias causadas por el proceso acelerado de las devaluaciones. Para controlar la inflación, el gobierno implantó en agosto 1991 un plan de congelación de precios y redujo el ritmo de las devaluaciones. El resultado de ello fue una inflación aunque alta, reprimida, que se inició a principios de 1992 con un nivel de 4% mensual.

Perspectivas

- 1.9 El proceso de ajuste de la economía costarricense continúa en 1992. El gobierno ha liberalizado el acceso al mercado cambiario para las operaciones de la cuenta corriente y la de capital de la balanza de pagos. Asimismo, el tipo de cambio es determinado por las fuerzas de la demanda y oferta de moneda extranjera.
- 1.10 El programa de "stand-by" acordado con el FMI en 1991 tenía como principales metas las siguientes: (i) reducir el déficit fiscal global a 0,5% del PIB; (ii) disminuir el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos a menos de 4% del PIB; y (iii) una acumulación de reservas internacionales neta en el Banco Central.

- 1.11 El cumplimiento de la meta de ajuste fiscal fue dispensada por el FMI en abril 1992. Pero considerando que se había logrado un avance sustancial en las medidas de estabilización por el lado de apertura cambiaria y de cuenta de capitales y que hubo aumento en las reservas internacionales, el acuerdo "stand-by" recibió una extensión hasta setiembre 1992. La nueva meta de ajuste fiscal es la reducción del déficit fiscal global a 1,0% del PIB, así como el logro de una tasa anual de inflación de no más del 15%. Se espera que la tasa de crecimiento del PIB fluctúe en 1992 entre el 2,5% y el 3%.
- 1.12 El gobierno se encuentra negociando un nuevo programa de "stand-by" con el FMI para el período de octubre 1992 a diciembre de 1993.

C. Programa de Reforma del Estado

- 1.13 Con el objeto de alcanzar un nivel de desarrollo económico sostenido las autoridades de Costa Rica, además han determinado la necesidad de mantener el déficit fiscal bajo control, eliminando las distorsiones creadas en la economía por el déficit público por lo que se necesita reducir los gastos corrientes y mejorar la eficiencia tributaria. Asimismo, en búsqueda de un funcionamiento más eficiente y de mayor equidad del sector público, han decidido llevar a cabo una reforma del Estado, la cual toma en cuenta que el presente aparato estatal está sobredimensionado, resultando ineficiente y costoso. El programa de reforma será apoyado por el Programa de Ajuste Sectorial III del Banco Mundial y el Programa de Reforma del Sector Público (CR-0025) del Banco, los cuales se presentarán a los respectivos directorios en diciembre de 1992.
- 1.14 El objetivo principal del Programa de Reforma del Estado es aumentar la eficiencia del sector público mediante la reestructuración de instituciones que tengan actividades duplicadas y la privatización de empresas públicas y servicios no considerados vitales para las funciones públicas. El programa de reforma busca también reducir el personal público excendentario en aproximadamente un 20% en el período 1991-1994. La reforma institucional cubrirá 5 de 13 ministerios: Vivienda, Agricultura, Salud, Transporte y Seguridad. Para definir las medidas a ser adoptadas en cada sector, se crearon grupos de trabajo sectoriales, que elaboraron diagnósticos sectoriales, en base a los cuales se diseñaron acciones para mejorar la eficiencia y sus correspondientes planes de acción para su implantación.
- 1.15 El análisis efectuado por estos grupos de trabajo indica que en los cinco sectores antes citados se necesita implantar las siguientes reformas: (i) racionalización de funciones entre las entidades del sector para maximizar la efectividad de los recursos públicos; (ii) fortalecimiento del control presupuestario según el nuevo proceso de presupuesto por programas; (iii) creación de capacidad técnica para la formulación de políticas sectoriales; y (iv) apoyo legal y administrativo para implantar las nuevas funciones ministeriales.

- 1.16 Los instrumentos legales que forman el cuerpo básico de las reformas propuestas para la contención del gasto corriente son: (i) la Ley General de Concesión de Obra Pública que estimula la privatización en la construcción de obras públicas; (ii) la Ley de Democratización Económica que regula la privatización de servicios públicos; y (iii) la Ley de Pensiones Complementarias promueve la apertura de competencia en el área de seguros.
- 1.17 La Ley de Pensiones Complementarias ha sido aprobada por la Asamblea Legislativa. Los proyectos de Ley para la Concesión de Obra Pública y la Democratización Económica han sido sometidos a la consideración de la Asamblea Legislativa. La aprobación de la Ley de Concesión de Obra Pública es condición previa a la presentación al Directorio del Banco del Programa de Reforma del Sector Público (CR-0025) y la Ley de Democratización Económica forma parte de las condiciones del primer desembolso de dicha operación.
- 1.18 El diagnóstico del sector salud que se presenta a continuación se basa en el análisis del grupo de trabajo de reforma del estado y en el trabajo realizado por el Equipo de Proyecto de esta operación.

D. El Sector Salud

1. Diagnóstico del Sector

- 1.19 Si bien el sistema de salud de Costa Rica ha ayudado al país a alcanzar y mantener niveles de salud entre los mejores de la región, la presente estructura del sector no permite a las instituciones atender adecuadamente los problemas de salud de la población.
- 1.20 Durante la última década se han acentuado: (i) desigualdades en la accesibilidad y calidad de los servicios de salud a expensas de los grupos más marginados del país; (ii) desfases entre el perfil epidemiológico, producto de la transición demográfica y el modelo de atención; (iii) un desequilibrio entre las instituciones del sector en virtud del debilitamiento del Ministerio de Salud como rector y de la duplicación de servicios y estructuras administrativas; y (iv) un deterioro de la capacidad preventiva y resolutive, consecuencia de la baja eficiencia de los servicios de atención.
- 1.21 Uno de los elementos más importantes de la evolución demográfica de Costa Rica ha sido el envejecimiento de su población, que ha traído consigo aumentos en la incidencia, prevalencia y mortalidad atribuible a enfermedades crónicas (por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón) y accidentes, incluyendo los accidentes y las lesiones vinculadas al trabajo. Toda esta transformación epidemiológica demanda servicios preventivos y curativos cada vez más complejos, al mismo tiempo que en los grupos marginados de los cantones prioritarios persisten niveles importantes de enfermedades infecciosas, parasitarias y

carenciales 2/, al igual que las complicaciones del embarazo y del parto.

1.22 Del análisis realizado del sector se desprenden que las deficiencias más relevantes del mismo son las siguientes 3/:

- a. No existe un proceso de planeamiento integral de actividades substantivas de las instituciones ni opera una instancia de control y evaluación integral del sector. Si bien la legislación actual prevé que el MINSA asuma la rectoría del sector, esto no ha sido posible porque el Ministerio ha puesto más énfasis en la prestación de servicios que en la conducción del sector mediante la elaboración de políticas. El Ministerio no cuenta con los instrumentos para el ejercicio efectivo de rectoría, es decir, la coordinación sectorial de las instituciones autónomas (CCSS y AyA) ni para la planificación, asignación y control de financiamiento sectorial.
- b. Hay atomización organizacional lo cual es producto de abundancia de normas jurídicas e insuficiencia de procedimientos gerenciales consistentes y oportunos, y no existe una normativa administrativa y legal para facilitar la desconcentración operativa y administrativa de los servicios de salud;
- c. Se presenta una sobreposición de cobertura poblacional y duplicaciones de servicios, así como de estructuras administrativas (Centros de Salud del MINSA y clínicas de la CCSS), existiendo estructuras administrativas duplicadas en centros de salud donde operan conjuntamente la CCSS y el MINSA;
- d. El estudio de la red hospitalaria indica que existen necesidades urgentes de reequipamiento parcial de los establecimientos y sustitución del Hospital de Alajuela, lo cual representa la única necesidad de inversión significativa de la red existente. (Ver Capítulo II, Sección B.2)
- e. No se cuenta con un proceso claro de políticas, normas y procedimientos relacionados con los recursos humanos en cuanto a salarios, incentivos, reclutamiento y selección, distribución de personal de salud, capacitación y administración. Esto implica que algunas instituciones no disponen de empleados con el perfil educacional necesario para llevar a cabo las tareas que le competen;

2/ Estudios recientes (1990, 1991) muestran que uno de cada cinco preescolares presenta algún grado de desnutrición (3,7% son moderados o severos), uno de cada cuatro niños es anémico y uno de cada nueve tiene deficiencias de iodo.

3/ Para mayores detalles sobre el sector, ver Anexo I-1.

- f. La modalidad de administración presupuestaria en el sector ha seguido procedimientos tradicionales rígidos, sin contar con un análisis del uso racional de los recursos donde más se necesitan, y sin tener control efectivo de gastos según costos reales y el cumplimiento de los objetivos previstos;
 - g. No existe participación social amplia de las comunidades en la promoción y protección de su salud, ni en la definición, ejecución y evaluación de los programas que brindan las instituciones.
- 1.23 Con el propósito de atacar las debilidades identificadas del sector, las autoridades costarricenses han planteado una serie de acciones tendientes a la búsqueda de soluciones y a una reorganización del sector. Estas acciones forman parte del programa sectorial de reforma del sector salud e implican cambios fundamentales que redundarán en un mejoramiento de la salud de la población.
2. Programa de reformas del sector
- 1.24 Los elementos esenciales de la reforma del sector salud propuesta por las autoridades son los siguientes:
- a. Fortalecimiento del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría del sector, para que el Ministerio se encargue de la planificación, conducción, control y evaluación sectorial. De esta manera se tendrá una visión del sector más amplia, que logrará un enfoque más racional de los recursos, evitando duplicaciones entre instituciones y programas, logrando un control más efectivo del cumplimiento de las políticas y de la calidad de los servicios.
 - b. Integración de los servicios de prevención, promoción y desarrollo de la salud con los de atención de la enfermedad y rehabilitación, logrando así una mayor y mejor cobertura, así como un uso más racional de los recursos. Para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios también se necesita un funcionamiento armónico en la red de los servicios de salud (puestos y centros de salud 4/, clínicas de consulta externa, hospitales generales y especializados). Por consiguiente, la consolidación del programa de atención

4/ Los centros de salud son establecimientos de nivel general que realizan actividades de promoción y prevención, atención curativa; ofrecen servicios de farmacia y laboratorio y apoyan técnica y administrativamente a los puestos de salud. Puestos de salud son pequeñas unidades responsables por un área de salud de aproximadamente 3.000 habitantes y realizan acciones de medicina preventiva, educación sanitaria, inmunizaciones, primeros auxilios y control de enfermedades crónicas.

primaria implicará el traslado de la totalidad de los centros y puestos de salud del MINSA a la CCSS.

- c. Realización de la efectiva descentralización administrativa y funcional, fortaleciendo los niveles regionales y locales, descongestionando el nivel central y facilitando la toma de decisiones de la CCSS.
- d. Desarrollo de nuevos modelos de atención y financiamiento, facilitando la prestación de servicios por terceros en el contexto de la Ley de Democratización Económica, la cual forma parte del Programa de Reforma del Estado.
- e. Presupuestación por programas en las instituciones del sector, lo cual permitirá un control del gasto y una asignación de recursos en función de los requerimientos reales.
- f. Traslado de los riesgos de trabajo, del Instituto Nacional de Seguros a la CCSS, con lo que se evitará la dualidad o duplicación de servicios y trámites.
- g. Establecimiento de un sistema de información sectorial para la toma de decisiones y facilitar la rectoría del sector.

3. Apoyo a la reforma del sector

a. Operación propuesta

- 1.25 El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (CR-0120) asistirá el proceso de reforma en el sector apoyando la reestructuración del MINSA como ente rector lo que se considera como la etapa imprescindible que a su vez desencadenará los demás ajustes necesarios en el sector. Bajo esta actividad se crearán los mecanismos y la capacidad necesaria para efectuar la planificación, conducción, control y evaluación de las actividades del sector, con lo que se tendrá una visión del sector más amplia que facilitará un uso más racional de los recursos.
- 1.26 Como parte de esta reestructuración del Ministerio, se trasladarán todos los centros y puestos de salud de atención primaria a la CCSS. Para viabilizar su transferencia se ha detectado la necesidad de rehabilitar los establecimientos en cantones prioritarios que presentan un estado avanzado de deterioro físico. El mejoramiento físico y funcional de estos establecimientos permitirá recapturar niveles adecuados de eficiencia en la prestación de servicios primarios en áreas marginadas del país.
- 1.27 Para fortalecer la eficiencia de la red hospitalaria nacional se requiere la sustitución del Hospital de Alajuela, cuyo deterioro avanzado de infraestructura y equipamiento no permite un funcionamiento eficiente de la red. Ello se debe a su poca capacidad resolutive para atender los egresos de los hospitales

periféricos y causa prolongados plazos de espera en las consultas de especialidades y subespecialidades. La sustitución del hospital de Alajuela permitirá cumplir el rol regional de atender y satisfacer las necesidades de su área de atracción, de acuerdo con su nivel de complejidad.

b. Operación complementaria del Banco Mundial

- 1.28 La reestructuración del MINSA, con el consecuente traslado de servicios a la CCSS constituye un insumo fundamental para la operación que se encuentra elaborando el Banco Mundial, lo cual permitirá completar la reforma del sector salud en los siguientes aspectos: (i) readecuación del sistema de financiamiento de las instituciones del sector (excluyendo al MINSA); (ii) mejoramiento del sistema de información sectorial (excluyendo al MINSA); (iii) adecuación del modelo de atención de salud de la CCSS; y (iv) descentralización administrativa de la CCSS. Esta operación, estimada en US\$50 millones, está programada para aprobación a finales de 1993.

c. Otras operaciones

- 1.29 Las deficiencias de equipamiento hospitalario del sector serían financiadas con un préstamo que está siendo negociado con el Gobierno Español, por el monto de US\$30 millones.
- 1.30 La ampliación y fortalecimiento de la red de servicios de salud en la Región Huetar Atlántica se realizará con financiamiento del BCIE, cuyo préstamo de US\$8 millones se destinará a la reconstrucción de centros y puestos de salud que fueron afectados por el terremoto de febrero de 1991. Los criterios de elegibilidad utilizados para la selección de las obras incluidas en el mencionado financiamiento son coherentes con la dirección de la reforma del sector y coincidentes con las definidas por el Banco.

E. Estrategia del Banco en Costa Rica

- 1.31 La estrategia del Banco en Costa Rica es de apoyar la reactivación económica del país mediante: (i) la consolidación de la apertura comercial y financiera, enfatizando la eliminación de obstáculos sectoriales a la inversión privada, definición de nuevos campos de participación para la inversión privada y la rehabilitación y expansión de infraestructura de transporte para exportaciones y comercialización; (ii) la mejora de los niveles de atención de necesidades sociales básicas, considerando una mejor focalización del gasto social bajos esquemas descentralizados y el fortalecimiento del sistema de planeación de inversión pública; y (iii) la adecuación de las condiciones de absorción de empleo teniendo en cuenta un nuevo marco de regulación salarial y programas de calificación y reentrenamiento de fuerza de trabajo.

- 1.32 El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud propuesto se encuadra dentro de la estrategia del Banco en Costa Rica ya que apoyaría la implantación de reformas institucionales en el sector que permitirán la prestación de servicios de salud en forma más eficiente y con mejor calidad. La operación bajo consideración también incluye un subcomponente de entrenamiento y capacitación para los empleados del MINSA para que la institución pueda ejercer sus nuevas funciones. En adición, el subcomponente de inversiones mejoraría la atención de servicios básicos en zonas rurales marginadas y la eficiencia de la red nacional de servicios hospitalarios, mediante el reemplazo del Hospital de Alajuela.

F. Experiencia del Banco en el sector

1. Préstamo 439/SF-CR

- 1.33 En 1975 el Banco aprobó el préstamo 439/SF-CR por un monto de US\$20 millones para el financiamiento del Proyecto Nacional de Servicios de Salud. El objetivo de la operación fue de mejorar los servicios preventivo-curativo en el medio rural, para lo cual se construyeron y equiparon 3 hospitales regionales, 3 centros materno-infantiles y 12 clínicas.
- 1.34 Paralelo a este préstamo se aprobó la cooperación técnica ATN/SF-1395-CR por US\$284.000 para el fortalecimiento institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social. Este componente consistió en el mejoramiento de los procedimientos administrativos-contables de la CCSS, implantación de métodos modernos de administración hospitalaria y adiestramiento del personal en aspectos técnicos y administrativos. La cooperación técnica cumplió con sus objetivos y se implantaron sus recomendaciones.
- 1.35 La operación ha producido impactos socio-económicos altamente positivos y los resultados esperados del proyecto fueron ampliamente alcanzados. A través del proceso de regionalización de los servicios de atención médica se logró beneficiar sustancialmente a una población rural de bajos ingresos de aproximadamente 500.000 personas. En las áreas de atracción de los establecimientos construidos dentro del proyecto se han registrado beneficios socio-económicos superiores a los esperados, en términos de mejoramiento de la distribución de los servicios de salud, ahorros de gastos de viaje y pérdidas de días de trabajo. En lo que respecta a los índices básicos del impacto del proyecto a nivel del país, se ha logrado una sensible disminución de la tasa de hospitalización, debido a la mayor disponibilidad de servicios ambulatorios, y un incremento del promedio de consultas externas de 2,2 visitas por persona en 1973 a más de 3 visitas por persona en 1990.

2. Cooperación técnica ATN/SF-2443-CR

- 1.36 En 1984, el Banco aprobó la cooperación técnica ATN/SF-2443-CR por US\$741.000 para el Fortalecimiento del Sistema Integrado de Mantenimiento de los Servicios de Salud (SIMSS), cuyo objetivo era establecer un sistema integrado de mantenimiento de la infraestructura.
- 1.37 Como resultado de la operación se implantó el SIMSS con los correspondientes sistemas: administrativos/operativos de mantenimiento; formulación de normas de carácter preventivo y reparativo de edificaciones; de información gerencial y compras de repuestos y equipos para mantenimiento preventivo y reparativo, con lo que se han protegido las inversiones realizadas en el sector salud.
- 1.38 También se transfirieron conocimientos y experiencias en materia de mantenimiento, capacitándose 1.923 funcionarios de los cuales 1.307 eran de la CCSS y 542 del Ministerio.
- 1.39 Por último, con la cooperación técnica se realizó el levantamiento computarizado del inventario de equipo y edificios que dio la base para los programas de mantenimiento preventivo y reparativo.

II. EL PROGRAMA

A. Objeto

- 2.1 El Programa tiene por objeto principal apoyar las reformas institucionales del sector salud que permitan mejorar la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios en el contexto de la reforma del sector público.
- 2.2 Dicho objeto se logrará mediante: (i) la definición e implantación de reformas para permitirle al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector del sector y lograr un enfoque más racional de los recursos, evitando duplicaciones entre instituciones y programas; (ii) la consolidación de los programas de atención primaria de salud para lograr una cobertura más eficiente de los servicios; y (iii) la reducción de desigualdades en el acceso a los servicios básicos de salud, priorizando inversiones físicas que fortalezcan la capacidad funcional y la eficiencia de la red de servicios de salud en las zonas de bajo ingreso del país.

B. Descripción

- 2.3 En conformidad con el propósito del Programa, los recursos de la operación propuesta se utilizarán para financiar la reestructuración del Ministerio de Salud y la integración de servicios de salud.
 1. Reestructuración del MINSA
- 2.4 Las áreas de acción que apoyará este componente serán:
 - a. El desarrollo de las funciones estratégicas del Ministerio.
 - b. La estructura organizacional, financiamiento y presupuesto del MINSA.
 - c. Un programa de desarrollo institucional.
- 2.5 Las funciones estratégicas del Ministerio comprenderán: (i) la planificación y vigilancia de la salud; (ii) la definición de políticas y coordinación interinstitucional; (iii) la regulación del cumplimiento de las políticas y de la calidad de los servicios; (iv) la promoción de la salud; y (v) la protección de la salud pública.
- 2.6 En base al perfil funcional estratégico y modelo de interacción sectorial elegidos, se diseñarán en detalle las funciones operativas, la estructura organizativa, el sistema de financiamiento y la estructura presupuestaria del MINSA.

- 2.7 El modelo de financiamiento establecerá normas y procedimientos para mejorar la captación, distribución, control y evaluación de los recursos, además de instancias para identificar y adoptar nuevas fuentes de financiamiento.
- 2.8 De acuerdo al modelo de financiamiento y al perfil funcional y estructural adoptados para el Ministerio, se establecerá una estructura presupuestaria que supere los vacíos y rigideces actuales, y que permita una administración financiera más flexible y desconcentrada, con mecanismos modernos de formulación y control.
- 2.9 A partir de los resultados de las etapas anteriores se pretende formular y ejecutar un programa de desarrollo institucional que racionalice y adecúe los recursos y sistemas de información según un nuevo perfil funcional y organizacional. Este programa incluirá la capacitación de recursos humanos y la instalación de un sistema de información.

2. Integración de servicios de salud

- 2.10 Este componente consistirá en: (i) la transferencia de la totalidad de los centros y puestos de salud; (ii) consolidación de la integración de los servicios de atención primaria a través de la ampliación, remodelación y/o sustitución de centros y puestos de salud en áreas marginales; (iii) mejorar la eficiencia del sistema hospitalario mediante la sustitución del Hospital de Alajuela; y (iv) reforzar financieramente la CCSS para que cuente con los recursos financieros necesarios para operar los establecimientos transferidos.
- 2.11 La transferencia de los centros y puestos de salud del MINSA a la CCSS eliminará la duplicación de servicios primarios mediante la ampliación de las responsabilidades preventivas y curativas. Adicionalmente, se eliminará la dualidad de estructuras administrativas mediante la implantación de una dirección única en cada establecimiento.
- 2.12 Para viabilizar esta transferencia se ha detectado la necesidad de rehabilitar, ampliar y/o sustituir centros y puestos de salud en las áreas marginadas del país. Se estima que las necesidades más urgentes de inversión comprenden 119 puestos y 11 centros.
- 2.13 Asimismo, para el funcionamiento de la red hospitalaria nacional, resulta indispensable la sustitución del Hospital de Alajuela dado su estado avanzado de deterioro, situación que se ha hecho más urgente a raíz del terremoto ocurrido a fines de 1990. Del análisis realizado sobre la red hospitalaria, se determinó que el Hospital de Alajuela era la inversión prioritaria del sistema.
- 2.14 La baja capacidad resolutive del hospital para atender su área de atracción, se refleja en el alto porcentaje de pacientes (40%) derivados a los hospitales nacionales, causando su congestionamiento y un mayor costo de atención de los pacientes.

El Hospital de Alajuela tampoco está en disponibilidad de satisfacer la demanda referida de los hospitales periféricos de la red a la que pertenece.

- 2.15 La nueva planta del Hospital de Alajuela, como centro regional, cubrirá el 90% de la demanda del área de influencia y contará con 365 camas en reemplazo de las 220 del hospital actual. Ofrecerá servicios de internación y consulta externa en 25 especialidades. Además, ofrecerá servicios de diagnósticos (laboratorio clínico, endoscopia, electrocardiografía y otros) y terapéuticos (rehabilitación física, terapia respiratoria y ocupacional) de mayor complejidad que los disponibles en los hospitales periféricos del área de influencia.
- 2.16 Dada la transferencia de la totalidad de los servicios de atención primaria a la CCSS, resulta necesario adecuar el esquema actual de financiamiento para que la CCSS cuente con los recursos financieros para atender dichas funciones.
- 2.17 El Gobierno ha propuesto un programa de saneamiento financiero que abarca tanto el stock de la deuda existente como el flujo de ingresos futuros de la CCSS (ver Capítulo IV y V sección A).

C. Dimensionamiento del Programa

- 2.18 El dimensionamiento propuesto para el Programa tomó en cuenta, por un lado, las necesidades de financiamiento del componente de reestructuración del MINSA, y por el otro, lo que implica financieramente la integración de los servicios de atención primaria.
- 2.19 En relación al dimensionamiento del componente de reestructuración del MINSA, se tomó en consideración los requerimientos de consultoría para asistir al organismo ejecutor en el diseño de reestructuración del Ministerio, las necesidades de capacitación de recursos humanos para poder implantar la reestructuración y los requisitos de equipos de computación para desarrollar los sistemas de información necesarios para que el Ministerio pueda ejercer sus actividades de ente rector del sector.
- 2.20 El dimensionamiento del componente de integración tuvo en consideración: (i) la transferencia y rehabilitación de puestos y centros de salud. Se trasladará la totalidad de los mismos por lo que se estimó la necesidad de recursos a transferir como la suma total de los gastos de operación de los mismos; (ii) las necesidades de rehabilitación de la red primaria; dado que en la primera etapa no es posible rehabilitar toda la red, se decidió seleccionar las áreas de mayor riesgo de salud; asimismo, se identificó una muestra representativa del 30% de los puestos y centros de salud que se encuentran en cantones prioritarios, analizándose la oferta y demanda de servicios de los mismos; y (iii) la sustitución del Hospital de Alajuela como resultado de las necesidades de la red hospitalaria para mejorar su eficiencia. Se

integrado de oferta y demanda del área de influencia del hospital, para reemplazar el actual, que se encuentra en avanzado estado de obsolescencia física y de equipamiento.

- 2.21 El impacto de las obras de reemplazo o reposición se estima en el 5% en el caso de la infraestructura hospitalaria (número de camas), en el 10% de los centros de salud y el 25% de los puestos de salud, en relación a la capacidad instalada disponible.

D. Costo y financiamiento

1. Costo

- 2.22 El costo total del Programa se estima en el equivalente de US\$60 millones, cuya distribución por fuente de financiamiento y categoría de inversión se muestra en el cuadro siguiente:

COSTO TOTAL DEL PROGRAMA Y SU FINANCIAMIENTO (equivalente en miles de US\$)					
CATEGORIAS DE INVERSION	BID-FFI	BID-OC	LOCAL	TOTAL	%
1. <u>Ingeniería y Administración</u>	<u>430</u>	<u>0</u>	<u>1.046</u>	<u>1.476</u>	2,4
1.1 Diseños Finales	0	0	626	626	1,0
1.2 Supervisión de Obras	335	0	0	335	0,5
1.3 Administración	95	0	170	265	0,4
1.4 Transición Hospitalaria	0	0	250	250	0,4
2. <u>Costos Directos</u>	<u>21.683</u>	<u>10.353</u>	<u>1.528</u>	<u>33.564</u>	55,8
2.1 Obras Civiles	10.326	4.412	0	14.738	24,5
2.2 Instalaciones	1.211	1.419	0	2.630	4,3
2.3 Equipo e Instrumental	10.146	4.522	1.108	15.776	26,4
2.4 Capital de Trabajo	0	0	420	420	0,7
3. <u>Costos Concurrentes</u>	<u>2.005</u>	<u>0</u>	<u>14.802</u>	<u>16.807</u>	28,0
3.1 Consultorías	1.300	0	318	1.618	2,6
3.2 Capacitación Recursos Humanos	705	0	195	900	1,5
3.3 Costos de Operación	0	0	14.289	14.289	23,8
3.3.1 Hospital Alajuela	0	0	2.289	2.289	3,8
3.3.2 Centros y Puestos	0	0	9.000	9.000	15,0
3.3.3 Incremento de la Nómina	0	0	3.000	3.000	5,0
SUB TOTAL	24.118	10.353	17.376	51.847	86,3
4. <u>Sin Asignación Específica</u>	<u>2.536</u>	<u>1.939</u>	<u>153</u>	<u>4.628</u>	7,7
4.1 Imprevistos	1.729	1.078	153	2.960	4,9
4.2 Escalamiento	807	861	0	1.668	2,8
5. <u>Costos Financieros</u>	<u>1.346</u>	<u>1.708</u>	<u>471</u>	<u>3.525</u>	5,9
5.1 Intereses	1.066	1.568	0	2.634	4,4
5.2 Comisión de Crédito	0	0	471	471	0,8
5.3 F.I.V.	280	140	0	420	0,7
TOTALES	28.000	14.000	18.000	60.000	100,0
PORCENTAJES	46,7	23,3	30,0	100,0	

PROYECTO MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD (miles de dólares)					
CATEGORIAS	INTEGRACION		REESTRUC- TURACION MINSA	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL
	HOSPITAL ALAJUELA	CENTROS Y PUESTOS			
1. <u>Ingeniería y Administración</u>	<u>1.085</u>	<u>126</u>		<u>265</u>	<u>1.476</u>
Diseños finales	500	126			626
Sup. de Obra	335				335
Administración	0			265	265
Transición Hospitalaria	250				250
2. <u>Costos Directos</u>	<u>26.323</u>	<u>5.539</u>	<u>1.702</u>	<u>0</u>	<u>33.564</u>
Obra Civil	10.520	4.218			14.738
Instalaciones	2.423		207		2.630
Equipo e Instrumental	12.960	1.321	1.495		15.776
Capital de Trabajo	420				420
3. <u>Costos Concurrentes</u>	<u>2.289</u>	<u>12.000</u>	<u>2.468</u>	<u>50</u>	<u>16.807</u>
Consultorías y Sistema de Información			1.568	50	1.618
Capacitación Recursos Humanos			900		900
Costos Operación	2.289	12.000			14.289
Hospital Alajuela	2.289				2.289
Centros y Puestos		9.000			9.000
Incremento de Nómina		3.000			3.000
COSTO TOTAL BASE	29.697	17.665	4.170	315	51.847

2. Análisis de Costos

- 2.23 La estimación de costos del Programa se basó en precios del 31 de mayo de 1992 para obras civiles y equipamiento, y en las propuestas sometidas por la CCSS y el MINSA, para la revisión y ajuste del Equipo de Proyecto. Los costos de Ingeniería y Administración se estimaron en base al costo de personal y demás gastos atribuibles al funcionamiento de la Unidad Ejecutora del Programa (ver Capítulo III, sección A).
- 2.24 Los costos directos del Programa comprenden obras civiles de rehabilitación de centros y puestos de salud; obras del nuevo hospital y equipos e instrumentales de los establecimientos del Programa.

- 2.25 El costo unitario de la construcción y el equipamiento del Hospital de Alajuela es de US\$1.200 por metro cuadrado (US\$87.000 por cama), lo que está dentro de los rangos de otros proyectos en la región y es comparable con los de otras construcciones de características semejantes en Costa Rica.
- 2.26 Los diseños del hospital fueron objeto de una evaluación especial (de "ingeniería valorativa"), con el objeto de identificar alternativas para racionalizar aún más la inversión física, que resultó en el ahorro de unos US\$1,8 millones (informe disponible en los archivos de PRA).
- 2.27 El costo unitario de un puesto de salud es de US\$43.000 (US\$34.000 construcción y US\$9.000 en equipamiento) ó US\$450 por metro cuadrado. El costo de un centro de salud se estimó en US\$260.000 (US\$175.000 en construcción y US\$85.000 en equipamiento) ó US\$354 por metro cuadrado. El mayor costo de los puestos de salud por metro cuadrado se debe fundamentalmente a su apartada ubicación.
- 2.28 Los costos concurrentes comprenden los servicios de consultoría, capacitación de recursos humanos y sistema de información del Ministerio de Salud, y costo de operación. Los servicios de consultoría consisten en 180 meses-consultor, en las áreas de planificación y administración de salud, desarrollo organizacional, administración financiera, recursos humanos, control de productos químicos y farmacéuticos, control de calidad de servicios de salud, sistemas de información, y desarrollo tecnológico, para asistir en la reestructuración del MINSA.
- 2.29 Los recursos para la capacitación de recursos humanos se destinarán al reentrenamiento del personal del MINSA para ejercer su nuevo rol como ente rector. Se estima que se financiarán 175 becas (95 a nivel de maestría y 80 a nivel de diplomado) en áreas de maestría en salud pública, administración pública, planificación estratégica, epidemiología, e ingeniería sanitaria) en instituciones universitarias de Costa Rica o del exterior.
- 2.30 El sistema de información comprende una red de 8 microordenadores para la Unidad Ejecutora y un sistema completo para el nivel central y las 7 unidades regionales del MINSA. Dentro del costo del componente se incluye remodelación del local que ocupará la central de informática y los programas de aplicaciones para todo el sistema.
- 2.31 El Programa comprende el financiamiento de los gastos incrementales de operación durante el período de ejecución del mismo, derivados del: (i) aumento de los niveles de actividad para los centros y puestos de salud; (ii) incremento del 15% en la nómina de empleados que serán transferidos del MINSA a la CCSS, dentro del traslado de la atención primaria a la CCSS; y (iii) los costos incrementales de operación del Hospital de Alajuela para el primer año de funcionamiento.

- 2.32 Los imprevistos y escalamiento fueron calculados de acuerdo con los procedimientos del Banco y conforme a los cuadros de evolución de la inflación y las tasas de cambio para el país, y que fueron estimadas por DES.

3. Financiamiento del Programa

a. Financiamiento del Banco

- 2.33 El Banco financiará el equivalente de US\$42 millones provenientes de los recursos del Capital Ordinario, que representa el 70% del costo total del Programa. El equivalente de US\$28 millones tendrá un subsidio en la tasa de interés provenientes de la Facilidad de Financiamiento Intermedia (FFI) del Banco.

- 2.34 Los términos y condiciones aplicables al préstamo serían los siguientes:

Fuente de Recursos:	Capital Ordinario (OC)
Monto:	US\$42 millones
Plazo de inicio obras:	3 años a partir de la vigencia del contrato.
Plazo de desembolso:	4 años
Plazo de amortización:	25 años
Período de Gracia:	4 años
Tasa de interés:	variable, sujeta al financiamiento del la Facilidad de Financiamiento Intermedia (FFI). Este financiamiento se aplicaría a una porción equivalente a US\$28 millones.
Comisión de Crédito:	0,75% anual sobre el saldo no desembolsado.
Inspección y Vigilancia:	1,0% del monto del préstamo.

b. Aporte local

- 2.35 El prestatario financiará el equivalente de US\$18 millones los cuales serán trasladados a la CCSS a través de asignaciones presupuestarias y se destinarán a financiar principalmente los gastos de ingeniería y administración, costos directos de los componentes del Programa, y costos concurrentes.

III. EJECUCION DEL PROGRAMA

A. Marco institucional

- 3.1 La ejecución del Programa estará a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Dirección de Planificación Institucional, y en coordinación con el MINSA. Dentro de dicha Dirección se establecerá la Unidad Ejecutora del Programa (UEP).

1. Unidad Ejecutora del Programa

- 3.2 La UEP estará dirigida por el Director de Planificación Institucional y responderá directamente al Consejo de Coordinación Central, el cual estará compuesto por el Ministro de Salud, el Presidente Ejecutivo de la CCSS y el Ministro de Planificación y Política Económica.
- 3.3 El Consejo, será la instancia máxima de decisión política y su integración permitirá una adecuada coordinación entre las acciones de planificación de la reforma y ejecución de la misma. El Consejo deberá: (i) analizar los avances de la ejecución del programa; (ii) coordinar los esfuerzos de las diferentes instituciones participantes con el fin de apoyar la labor de la UEP; y (iii) tomar las decisiones políticas necesarias relacionadas a las reformas institucionales propuestas por el Programa.
- 3.4 La creación del Consejo de Coordinación Central con las responsabilidades anteriormente citadas deberá tener lugar antes de realizarse el primer desembolso. 5/

a. Organización de la UEP

- 3.5 La UEP estará dotada de una estructura básica de dos unidades operativas encargadas de ejecutar los componentes del Programa; y dos subunidades de apoyo, una encargada del área de programación y control, y la otra encargada del área de administración y servicios de apoyo.
- 3.6 Las unidades operativas la conformarán las dependencias pertinentes de la CCSS y el MINSA, a saber: la Dirección de Arquitectura de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Sistemas de Salud del MINSA. Cada unidad operativa tendrá funcionarios asignados a tiempo completo que formarán un grupo nuclear y dependerán directamente del director de la UEP, a través del Coordinador de la respectiva Unidad Operativa. Estas unidades serán apoyadas por consultores financiados por el Programa para asistir en el diseño e implantación de los diferentes componentes.

5/ Ver Proyecto de Resolución condición 8 (c) (i).

- 3.7 La subunidad de programación y control tendrá como función principal servir de enlace técnico entre el director de la UEP y las dependencias encargadas de la ejecución de los componentes. Con recursos del Programa se financiará a consultores para apoyar a la Unidad Ejecutora en el área de evaluación económica de los centros y puestos de salud a ser rehabilitados y en el diseño de un sistema de supervisión y control. Se recomienda, que dentro del plazo de doce meses a partir de la vigencia del contrato, la Unidad Ejecutora haya contratado los expertos en las áreas antes indicadas. 6/
- 3.8 La subunidad de administración y servicios será la encargada de administrar los recursos del préstamo y de la contrapartida nacional. También se encargará de todos los trámites administrativos-contables, la administración del personal y el apoyo logístico.
- 3.9 Para facilitar la coordinación técnica y operativa entre las diferentes instituciones, se creará, a nivel operativo, un Comité Ejecutivo Interinstitucional. Dicho comité estará conformado por el Director de la UEP (quién actuará como Secretario), los Gerentes de la División Médica y el de Operaciones de la CCSS, el Director General de Salud del MINSA, los coordinadores de las áreas de programación y control y administrativo-financiero, y los responsables específicos de las unidades operativas. Este comité se reunirá una vez al mes para verificar el avance del Programa.
- 3.10 La estructura de la Unidad Ejecutora, sus aspectos legales, el sistema contable que se propone utilizar, los procedimientos de contratación de bienes y servicios, los mecanismos de control interno y los de auditoría externa, fueron motivo de especial análisis y se consideran satisfactorios. En el Anexo III-1 se presenta el organigrama con la estructura básica de la Unidad Ejecutora.
- 3.11 Como condición previa al primer desembolso del eventual préstamo, el prestatario deberá presentar evidencia de que se ha constituido la UEP con el personal necesario para el desempeño de sus funciones. 7/

B. Avance del Programa

1. Reestructuración del Ministerio de Salud

- 3.12 El Equipo de Proyecto conjuntamente con funcionarios de la Dirección de Desarrollo de Sistemas del Ministerio de Salud han elaborado detalladamente una propuesta para desarrollar este componente. Las actividades principales del componente se presentan en la sección B del segundo capítulo.

6/ Ver Recomendación 3(b).

7/ Ver Proyecto de Resolución condición 8 (c)(i).

- 3.13 Para cada actividad se cuenta con objetivos y contenidos definidos así como con el detalle de costos, los términos de referencia para todos los consultores y cronogramas de ejecución. Los subcomponentes de sistemas de información y de capacitación de funcionarios y de servicios de apoyo del MINSA tienen también los requerimientos de equipo, consultoría y costos. 8/
- 3.14 Para agilizar la preparación de este componente y apoyar a la UEP, se ha contratado a consultores con recursos del Ministerio de Planificación los cuales serán reembolsados con recursos del préstamo - ver sección E, Financiamiento retroactivo - en las áreas financiera, administrativo y de planificación de salud para asistir a la unidad operativa en la fase de diseño de la reforma. La unidad operativa de la UEP ha iniciado la ejecución de la etapa inicial del componente, y según el cronograma preliminar de actividades, se contará con una propuesta de reestructuración del MINSA en aproximadamente seis meses.
- 3.15 Como condición previa al primer desembolso, el prestatario a través del organismo ejecutor deberá presentar la propuesta de reestructuración y racionalización de recursos del MINSA, incluyendo asignación presupuestaria y el programa de desarrollo institucional acordado con el Banco, con su correspondiente plan de acción para su implantación. 9/

2. Integración de servicios

- 3.16 En lo relacionado con la integración de los servicios de atención primaria, el MINSA y la CCSS han firmado un convenio donde se establece la intención de responsabilizar a la CCSS de la prestación de este tipo de servicio.
- 3.17 Para que la integración de servicios pueda cumplir sus objetivos, se requiere el traspaso de la operación de los centros y puestos de salud a la CCSS. La unidad operativa de la UEP encargada de este componente se encuentra elaborando un cronograma para la transferencia antes indicada (Ver Capítulo IV sección B).
- 3.18 Para los centros y puestos de salud que se van a rehabilitar, ampliar y/o sustituir, se ha completado una muestra representativa de proyectos y se dispone de los diseños finales para los mismos. Estos establecimientos fueron seleccionados en función del siguiente conjunto de criterios: (i) integración de servicios y administración, (ii) cantón prioritario; (iii) cobertura poblacional mínima; (iv) monto mínimo y máximo de inversión y equipamiento por proyecto; (v) máximo costo unitario; (vi) solución técnica del mínimo costo.

8/ Ver Anexo III-2.

9/ Ver Proyecto de Resolución condición 8 (c)(ii).

- 3.19 A la fecha se cuenta con los diseños del Hospital de Alajuela, los cuales responden a los requerimientos del Banco. La supervisión de la construcción del nuevo Hospital de Alajuela se realizará por una firma consultora. Por la complejidad y tamaño de las obras se recomienda que la Unidad Ejecutora presente evidencia, dentro del plazo de seis meses a partir de la vigencia del contrato, de que se ha contratado dicha firma consultora. 10/
- 3.20 Con el objeto de que se produzca la sustitución del Hospital en cuanto se haya construido el edificio nuevo y se ponga en operación, se recomienda que, dentro de doce meses de concluida la construcción del nuevo hospital, el prestatario se compromete presentar evidencia de que el antiguo local ha dejado de funcionar como hospital. 11/
- 3.21 Las construcciones que se han de encarar dentro del Programa no requieren el uso de métodos particularmente complejos que no sean ampliamente conocidos por los contratistas nacionales e internacionales. La programación de las obras se ha establecido en etapas que permitan una razonable continuidad de servicios.
- 3.22 La CCSS y el MINSA poseen la propiedad de la mayoría de los terrenos donde se efectuarán las obras. No obstante, el prestatario a través de la Unidad Ejecutora presentará evidencia, antes de convocar a licitaciones, de posesión legal de los terrenos en los cuales se realizarán las construcciones de los centros y puestos de salud y del Hospital de Alajuela. 12/

C. Cronograma de ejecución

- 3.23 Del análisis detallado de las principales acciones que se deben realizar para la ejecución del Programa, se estima un período de ejecución promedio de tres años, requiriendo los puestos y centros no más de un año de construcción. El plazo de iniciación de obras será de tres años y el plazo de desembolso de cuatro años 13/. El cronograma de ejecución del Programa es el siguiente:

10/ Ver Recomendación 3 (a).

11/ Ver Recomendación 5.

12/ Ver Recomendación 1 (b).

13/ Ver Proyecto de Resolución condición 7.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN					
COMPONENTES Y ACTIVIDADES	1992	1993	1994	1995	1996
A. Reestructuración					
Propuesta	xxx	xxxxx			
Implantación		xxxxx	xxxxxxxxx	xxxxx	
B. Integración					
Transferencia y rehabilitación de la red primaria		xxxxx	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx	xxxxx
Sustitución del Hospital de Alajuela		xxxxx	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx	xxxxx
Reforzamiento Financiero CCSS		xxxxx	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx	xxxxx
C. Evaluaciones BID		x	x	x	x

- 3.24 De acuerdo con dicho cronograma las obras que se inicien durante el tercer año de ejecución del Programa pueden ser concluidas dentro del cuarto año. En el cuadro siguiente se presenta el calendario estimado de desembolsos para la ejecución del Programa.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSOS (en miles de US\$)					
	AÑO I	AÑO II	AÑO III	AÑO IV	TOTAL
BID	6.610	12.592	19.381	3.417	42.000
LOCAL	1.487	2.392	4.612	9.509	18.000
TOTAL	8.097	14.984	23.993	12.926	60.000
%	13,5	25,0	40,0	21,5	100

D. Contratación de obras, adquisiciones de bienes y servicios

- 3.25 La construcción y el equipamiento del Hospital de Alajuela será licitado en un solo paquete. La contratación de las obras y el equipamiento del hospital se hará por licitación pública internacional con un proceso previo de precalificación de firmas constructoras, de acuerdo con las políticas del Banco. Los documentos de licitación para los equipos incluirán requerimientos de garantía y de mantenimiento incluyendo repuestos para el caso de equipos sofisticados o de costo elevado; y adiestramiento inicial en el caso de equipos complejos o con nueva tecnología.
- 3.26 Las licitaciones para la construcción de los puestos y centros de salud se harán anualmente para el grupo que corresponda construir

durante el año. Dada la dispersión de las obras dentro del país, la Unidad Operativa de la UEP tendrá la flexibilidad de adjudicar separadamente las obras de cada año. La contratación de obras se hará por licitación pública sin precalificación de firmas dado que las obras no son grandes ni complejas y de acuerdo con la política del Banco.

- 3.27 El respectivo aviso general de adquisiciones fue acordado durante la misión de análisis entre el Banco y el ejecutor. El mencionado aviso será publicado conforme las instrucciones vigentes para estos fines.
- 3.28 Para la selección y contratación de servicios de consultoría financiados total o parcialmente con los recursos del préstamo, deberán aplicarse los procedimientos acordados con el Banco, estipulados en el Anexo C de los documentos normativos, no pudiendo establecerse disposiciones o estipulaciones que restrinjan o impidan la participación de consultores originarios de países miembros del Banco.

E. Financiamiento retroactivo

- 3.29 Se estima que hasta la fecha de aprobación de la operación se habrá incurrido en gastos vinculados al Programa, relacionados con la preparación del componente de reestructuración del Ministerio de Salud. A tal efecto se recomienda reembolsar al prestatario, con cargo a los recursos del financiamiento, hasta el equivalente de US\$100.000, de gastos relacionados con los estudios de diseño del componente reestructuración del MINSA, que hayan sido incurridos con 12 meses de antelación a la fecha de aprobación del préstamo. 14/

F. Reconocimiento de gastos

- 3.30 Se estima que hasta la fecha de aprobación de la operación se habrá incurrido hasta el equivalente de US\$500.000 en la preparación de los diseños finales para el Hospital de Alajuela. El Equipo de Proyecto recomienda reconocer estos gastos como parte del financiamiento local. 15/

G. Mantenimiento de las obras

- 3.31 La División de Mantenimiento de la CCSS fue reforzada en 1989 con la Cooperación Técnica ATN/SF-2443-CR del Banco (Capítulo I, Sección F). Actualmente, el sistema de mantenimiento a nivel central, regional y local es adecuado y los recursos humanos y financieros con que cuenta la división son suficientes para atender las necesidades de mantenimiento de edificios y equipos, incluyendo los contemplados en el presente Programa.

14/ Ver Proyecto de Resolución condición 8 (d).

15/ Ver Recomendación 2.

- 3.32 Con el objeto de verificar que el mantenimiento de las obras y equipos financiados con recursos del Programa se mantienen adecuadamente de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas, el ejecutor presentará al Banco, durante los diez años siguientes a la terminación de la primera de las obras del Programa, y dentro del primer trimestre de cada año calendario, el plan anual de mantenimiento de las obras y equipos del Programa para ese año y un informe sobre el estado del mantenimiento de dichas obras y equipos. 16/

H. Impacto ambiental

- 3.33 El Programa fue clasificado por el Comité del Medio Ambiente (CMA) en la categoría III, por incluir la sustitución de un hospital con una estructura nueva, con riesgos potenciales asociados a la construcción en sí y a la generación de desechos líquidos y sólidos. Durante la preparación del Programa se elaboró un estudio de impacto ambiental para elaborar medidas de mitigación ambiental. El 28 de setiembre de 1992 el CMA aprobó el estudio de impacto ambiental y las soluciones adoptadas en el mismo.
- 3.34 De acuerdo al estudio, las medidas previstas en el diseño del nuevo Hospital de Alajuela (plantas de tratamiento de aguas negras y desechos sólidos peligrosos), al igual que las contempladas para los puestos y centros de salud, son adecuadas para reducir los riesgos potenciales asociados a los desechos líquidos y sólidos a su mínima expresión. No se anticipan efectos negativos atribuibles a la etapa de construcción. Además, los acuíferos en el terreno elegido, por formar parte de una reserva acuífera protegida (Reserva Acuífera de Puente de Mulas), se someterían a las medidas de control requeridas por Ley, pero que no afectarían el nivel de consumo anticipado para el Hospital.
- 3.35 Durante la etapa de construcción no se prevén mayores riesgos, dado que la nueva estructura se levantará en un terreno baldío, actualmente cubierto con pasto, a suficiente distancia de las áreas residenciales de Alajuela como para no ocasionar mayores perturbaciones de ruido y los movimientos asociados a la construcción.
- 3.36 Cabe señalar que la contribución a la protección del ambiente de los establecimientos de atención primaria, a través de los programas de saneamiento, control de alimentos y educación sanitaria, tiene un impacto positivo que se estima supera a los riesgos mínimos que pudiesen ocasionar algunas de las obras.

I. Desastres naturales

- 3.37 La ciudad de Alajuela ha sido afectada en el último siglo por 5 temblores de magnitud intermedia y origen superficial. El

16/ Ver Recomendación 4.

terremoto del 22 de diciembre de 1990, originado en la falla Corpija en Puriscal, de magnitud 5,9 de la escala Richter, causó severos daños en las edificaciones del hospital existente (de Alajuela). Todo el Valle Central se encuentra fracturado y la actividad sísmica será frecuente en todas las zonas aledañas al Cinturón de Fuego que cruza el continente americano a lo largo de la costa Pacífica, donde se está iniciando un proceso de liberación de energía. La falla de Alajuela tiene una longitud de 14 kms, pero no pasa por el terreno donde se ubicará el nuevo hospital. En todo caso, las previsiones antisísmicas adoptadas en los diseños del nuevo hospital son adecuadas para resistir movimientos de gran intensidad, según evaluaciones efectuadas por ingenieros especialistas del Banco en estructura y construcción antisísmica. Tanto en el diseño del Hospital como en los diseños prototipo de los centros y puestos de salud, se han tomado en cuenta las disposiciones pertinentes del Código de Construcción vigente en Costa Rica, probadas en numerosas construcciones que han resistido temblores registrados en el país durante muchos años.

J. Anticipo de fondos

- 3.38 Dada la naturaleza del Programa y el ritmo esperado de las obras se hace recomendable la constitución de un anticipo de fondos equivalente al 10% del préstamo, destinado a cubrir los gastos estimados en un plazo de 120 días.

K. Supervisión del Programa

- 3.39 La supervisión del Programa será efectuada por la Representación con el apoyo del Equipo de Proyecto. Para llevar a cabo la misma, se recomienda realizar una revisión anual conjunta entre el prestatario y el Banco a partir de 1993. En este sentido se recomienda que durante el plazo de ejecución del Programa, se realicen reuniones anuales con el Banco, a más tardar el 30 de noviembre de cada año, en las cuales se analizarán, entre otros temas, los resultados obtenidos en la ejecución del Programa en el año en curso, incluyendo: (i) la evaluación de los avances obtenidos de la reestructuración, fortalecimiento y racionalización de recursos del MINSA; (ii) los logros del proceso de transferencia de puestos y centros de salud así como de la asignación de recursos del Gobierno a la CCSS; (iii) los logros obtenidos por mejoras en el sistema de recaudación de ingresos de la CCSS (Ver el Capítulo IV sección B); (iv) la evaluación del cumplimiento de las obligaciones del Estado con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) (Ver Capítulo V sección A); y (v) la evaluación de la cartera de inversiones de la CCSS (Capítulo IV sección B).
- 3.40 El Banco mantendrá un seguimiento estricto sobre el cumplimiento de los temas antes mencionados. En el caso de no encontrarse satisfactorio el estado de ejecución de los mismos, el Prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, deberá presentar dentro de los 60 días siguientes a aquel en que el Banco manifieste sus reparos, las medidas correctivas que implantará y el cronograma

para la ejecución de las mismas. Si las medidas correctivas a que hace referencia anteriormente no fueran satisfactorias, el Banco podrá adoptar las acciones que juzgue apropiadas de acuerdo con las disposiciones de los contratos de préstamos. 17/

L. Auditoría externa del Programa

- 3.41 Los estados financieros del Programa deberán ser dictaminados por una firma de auditores externos aceptable para el Banco durante el período de ejecución del mismo. 18/

M. Mujer en el desarrollo

- 3.42 La situación de la población de bajos ingresos en los 30 cantones prioritarios también afecta a la mujer en edad reproductiva, y será, después de los niños, la beneficiaria principal de los servicios mejorados en dichos cantones a través del Programa propuesto.

N. Evaluación ex-post

- 3.43 La evaluación ex-post estará orientada a examinar el impacto del programa con respecto a los siguientes objetivos: (i) proceso de reforma; (ii) mejoras en la eficiencia y equidad de los servicios.
- 3.44 El ejecutor será responsable de evaluar el programa. Con este propósito, reunirá la información por componente con base en la metodología ex ante utilizada en este documento. Esta información deberá adjuntarse al informe de evaluación como un apéndice. A estos efectos, el prestatario deberá: (a) presentar al Banco, a los 6 meses contados desde la vigencia del contrato de préstamo, un Informe Inicial incluyendo: (i) los datos básicos iniciales por componente; (ii) una descripción de la metodología que se utilizará para recoger y procesar la información para hacer las comparaciones entre los datos básicos y los resultados; y (b) con el objeto de recabar información para medir el impacto y el cumplimiento de las metas del programa, recogerá información sobre:

1. Reestructuración MINSA

- a. Número y características profesionales de los recursos humanos.
- b. Presupuesto global y por rubros.
- c. Tipo de actividades planeadas y ejecutadas.
- d. Evaluación del Programa de Capacitación de Recursos Humanos.

17/ Ver Recomendación 7.

18/ Ver Recomendación 9.

2. Hospital Alajuela

- a. Volumen de egresos por servicio, por año, desde la puesta en marcha.
- b. Volumen y tipo de consultas por especialidad, por año, desde la puesta en marcha.
- c. Indicadores de eficiencia: nivel de ocupación por servicio programado y real, otros.
- d. Costos globales, por rubros, por tipo de egreso, por tipo de consulta y por servicio.
- e. Estudio de las referencias y contra referencias, de hospitalización y consultas.

3. Centros y Puestos de Salud

- a. Costos de operación, por puesto y centro de Salud, costo por visitas-vivienda y por consulta, anual, programada y realizada.
- b. nivel de cobertura de la población del área programática.
- c. Encuesta de bajos ingresos, por establecimiento (incluyendo el hospital).

3.45 Con lo elementos anteriores se presentará una evaluación ex-post a los 2 años de la fecha del último desembolso, la que comprenderá, con carácter no limitante los siguientes aspectos: 19/

- a. Análisis de la reforma institucional del MINSA,
- b. Metas alcanzadas en el proceso de integración (MINSA-CCSS),
- c. Mejoras alcanzadas en la eficiencia y equidad en la prestación de los servicios,
- d. Conclusiones y Recomendaciones

19/ Ver Recomendación 8.

IV. PRESTATARIO Y AGENCIA EJECUTORA

A. Prestatario y ejecutor

- 4.1 El prestatario será la República de Costa Rica, y el ejecutor la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con la colaboración del MINSA. El prestatario transferirá los recursos del préstamo de manera no reembolsable, así como los de la contraparte local a la CCSS, a través de un convenio que deberá presentarse como condición previa al primer desembolso del eventual préstamo 20/.

B. Caja Costarricense de Seguro Social

1. Marco legal

- 4.2 La creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como su fuente de ingresos, se fundamenta en el Artículo 73 de la Constitución Política del país. La "Universalización de los Seguros Sociales" es el esquema conceptual y jurídico básico del cual parte la extensión de la seguridad social en Costa Rica, esfuerzo que le significa la implantación de un sistema que cubra a todos los sectores poblacionales costarricense, con o sin capacidad contributiva.
- 4.3 La institución cubre 2,5 millones de asegurados (84% de la población) a través de sus Programa de Maternidad y Enfermedad, que incluye, además de servicios asistenciales a los afectados por enfermedades y accidentes comunes, programas de atención del niño sano, de atención integral al adolescente y de médico de cabecera. Para ello cuenta con 30 hospitales, que reúnen casi 7.000 camas que representan la capacidad pública instalada del país, y 240 clínicas. Estas instalaciones son operadas por una fuerza laboral de aproximadamente 21.000 personas.
- 4.4 Actualmente, la CCSS administra dos regímenes totalmente independientes en su estructura financiera: el Seguro de Enfermedad y Maternidad y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Los ingresos reglamentarios de estos seguros se basan en una cuota (Carga Social), que se aplica en forma porcentual sobre los salarios, y que contribuyen los obreros, patronos y el Estado. La forma en que se aplican estos porcentajes aparecen en el cuadro siguiente.

20/ Ver Proyecto de Resolución condición 8 (c)(iii).

CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL				
COTIZACIONES	PATRONO	TRABAJADOR	ESTADO	TOTAL
Seg. Enfermedad y Maternidad	9,25%	5,50%	0,25%	15,00%
Invalidez, Vejez y Muerte	4,75%	2,50%	0,25%	7,50%
TOTAL	14,00%	8,00%	0,50%	22,50%

- 4.5 Adicionalmente, la CCSS cuenta con aportes de la Junta de Protección Social de San José para la operación de los hospitales y percibe ingresos por la venta de servicios médicos al Instituto Nacional de Seguros (INS).

2. Organización general

- 4.6 El órgano superior de la CCSS es la Junta Directiva, integrada por 9 miembros nombrados por el Poder Ejecutivo, a saber: tres representantes del gobierno central, tres de los patronos, y tres de los trabajadores. La Junta Directiva ejerce plena autoridad en lo referente a los planes y programas institucionales, los cuales son ejecutados por la Presidencia Ejecutiva y cuatro Gerencias de carácter técnico en las áreas Médica, Financiera, Administrativa y de Operaciones. Estas gerencias están bajo el control de la Auditoría Interna.
- 4.7 La administración general se realiza mediante los órganos de Gerencia y de cada uno de los componentes que los conforman (Direcciones, Departamentos, Secciones y Oficinas).
- 4.8 Para el desarrollo de la gestión y la prestación de servicios, la CCSS ha desconcentrado sus actividades sustantivas en siete diferentes regiones. El esquema de regionalización de la CCSS cuenta con: sucursales y agencias que dependen de las direcciones regionales administrativas adscritas a la Gerencia Financiera; y hospitales y clínicas, adscritas a las Direcciones Regionales Médicas y a la Gerencia de la División Médica.

3. Integración CCSS-MINSA

- 4.9 A partir de 1986, con el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990, se acelera el proceso de desconcentración administrativa y de integración y coordinación en centros y puestos de salud, mediante la programación conjunta entre el Ministerio de Salud y la CCSS. A partir de 1986, ambas instituciones han trabajado en forma paralela, para lograr integrar en todo el territorio costarricense los servicios médicos, con el fin primordial de evitar la duplicación en las funciones y utilizar los recursos en forma racional. Sin embargo, a pesar de las políticas existentes, aún no se han logrado integrar los centros y puestos de salud.

- 4.10 En 1992, se firmó un Convenio entre la CCSS y el MINSA que establece los lineamientos generales para la integración de los servicios de atención primaria a través del traslado de la operación de los centros y puestos de salud a la CCSS.
- 4.11 En una evaluación reciente del proceso de integración se encontró: (i) que los mecanismos de integración se han establecido; (ii) existen 31 centros de salud integrados físicamente en todo el país (35% del total de 89 centros), pero no administrativamente; (iii) que 9 centros tienen una dirección única; (iv) que se requiere un fortalecimiento y capacitación a nivel de los centros y puestos; y (v) que se requiere mejorar la planificación local, el proceso de supervisión y control y la participación de la comunidad. Este fortalecimiento lo llevará a cabo la CCSS con sus propios recursos.
- 4.12 Dentro del Programa propuesto se busca realizar la integración funcional de los 89 centros y 419 puestos de salud. Para llevar a cabo esta integración, el prestatario, a través del organismo ejecutor, deberá presentar antes del primer desembolso, un cronograma de ejecución y de transferencia de centros y puestos que incluya las metas por año de la integración funcional y orgánica de los servicios de atención primaria. Este cronograma deberá también detallar los componentes de fortalecimiento administrativo y de gerencia (incluyendo sus costos) para los centros y puestos. 21/
- 4.13 Adicionalmente, antes de convocar las licitaciones de cada año para los centros y puestos de salud, se recomienda que el prestatario presente evidencia que ha cumplido con los cronogramas acordados con el Banco para la integración de servicios y la reestructuración del MINSA. 22/

4. Diagnóstico institucional-financiero

- 4.14 En el análisis realizado de la CCSS se identificaron algunos aspectos institucionales y financieros que deberán resolverse para mejorar la eficiencia administrativa de la institución:

a. Estructura y organización

- 4.15 La organización de la CCSS viene realizando un proceso de descentralización (regionalización) y fortalecimiento de la organización central y regional que le permitirán mejorar su eficiencia en la operación de sus servicios de salud desde 1986. Este proceso se ha venido financiando con recursos propios, y con una donación del Gobierno de Suecia por US\$1.3 millones. Adicionalmente, se requieren recursos para fortalecer algunos aspectos específicos de la organización y administración central.

21/ Ver Proyecto de Resolución condición 8(c)(iv).

22/ Ver Recomendación 1 (c).

b. Recursos humanos y sistema de información

- 4.16 La institución no tiene un sistema de incentivos que favorezca la productividad y la calidad de los servicios. Adicionalmente, el actual sistema de información de la CCSS no permite la toma de decisiones en forma oportuna, por lo que se requiere automatizar los procesos operativos, aprovechando los avances tecnológicos actuales.

c. Aspectos financieros de la CCSS

- 4.17 A continuación se describen los aspectos financieros más importantes que presenta la CCSS:

- a. tiene un sistema de recaudación centralizado y con procedimientos administrativos poco eficientes y no ha desarrollado un sistema de información de costos de producción por tipo de servicios y unidad de producción;
 - b. muestra, en el área de ingresos, problemas de evasión contributiva mediante el no aseguramiento. La evasión alcanza magnitudes cercanas al 40% del total de empleados de la empresa privada (equivalente al 14% del total de los ingresos reglamentarios de la CCSS);
 - c. presenta una cartera de inversiones con rendimientos muy bajos. El fisco ha saldado en el pasado sus deudas con la CCSS con deuda bonificada. Al 31 de diciembre de 1991 los bonos del gobierno central en poder de la CCSS ascendieron a 9.529 millones de colones (US\$70,4 millones), que equivalen al 25,7% del total de la cartera de títulos valores de la institución. Las tasas nominales que devengan tales bonos son en su mayoría inferiores a las del mercado financiero. A esta misma fecha, se ha calculado que el 64% de los bonos que componen tal deuda bonificada han perdido aproximadamente el 94% del poder adquisitivo que tenían en sus respectivas fechas de emisión;
 - d. existe una deuda acumulada del Gobierno Central a la CCSS que asciende a 18.460 millones de colones (US\$135,7 millones) al 31 de julio de 1992. Esta deuda se genera por saldos impagos originados en obligaciones contraídas por el Gobierno como estado y empleador; y finalmente;
 - e. se ha observado incumplimiento de las obligaciones del Estado como patrono con el Seguro de Enfermedad y Maternidad, donde el grado de morosidad alcanza niveles del 88% para el año 1991.
- 4.18 En respuesta a la necesidad de mejorar la eficiencia de la CCSS, el programa de reforma del sector salud incluye un componente de fortalecimiento para apoyar a la CCSS en los aspectos de organización y administración. Dicho componente será financiado por el Banco Mundial. A través de este componente, se revisarán los mecanismos existentes de recaudación e inspección, con énfasis

en los sistemas de control, y capacitará al personal del Departamento de Inspección de la CCSS.

- 4.19 Con el objetivo de agilizar el proceso y mejora en las recaudaciones de ingresos, se recomienda que el Ministerio de Hacienda y la CCSS establezcan una comisión que brinde apoyo recíproco en las funciones de inspección y auditoría. Dicha comisión deberá presentar como condición previa al primer desembolso, un convenio suscrito entre el Ministerio y la CCSS que incluya mecanismos para mejorar la recaudación de ingresos de la CCSS. 23/
- 4.20 Con respecto a la Cartera de Inversiones (deuda bonificada), el Programa Sectorial de Inversiones y Crédito Multisectorial (CR-0032) bajo consideración del Banco, prevé las siguientes medidas que mejorarán el rendimiento de la cartera de la CCSS: (i) conciliación de los saldos adeudados por la Tesorería a la CCSS; (ii) negociación y obtención oportuna de cartas de intención donde se bosqueje una solución financiera aceptable tanto para la Tesorería como para la CCSS; y (iii) preparación de contratos legales, incluyendo calendario de implantación, a firmarse por el Gobierno y la CCSS. Adicionalmente, el Gobierno revisará la política de inversiones de la CCSS para mejorar sus inversiones mediante la colocación de sus recursos en instrumentos que brinden retornos acordes con las condiciones vigentes en el mercado.
- 4.21 El análisis de la situación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del incumplimiento de las obligaciones del Estado con el seguro se presenta más adelante en la sección 7 y la solución a este problema se presenta en el Capítulo V, sección A, Viabilidad Financiera del Programa.
- 4.22 Con respecto al pago de la deuda acumulada, el Gobierno ha suscrito el siguiente plan para la cancelación de la deuda: (i) transferir de manera no reembolsable los siguientes recursos: US\$30 millones para la sustitución del Hospital de Alajuela, el préstamo con el Banco Centroamericano de Integración por US\$8 millones para infraestructura de la zona Atlántica y el préstamo del Gobierno Español por US\$30 millones para la adquisición de equipo hospitalario; reduciéndose la deuda en US\$68 millones; y (ii) la diferencia que resulta entre lo adeudado por el Gobierno a la CCSS y la suma de las deudas asumidas por el mismo, serán canceladas mediante la emisión de bonos por parte de la Tesorería cuyos plazos no excederían de 13 años y a tasas de interés variables de acuerdo con el mercado.

5. Descentralización administrativa

- 4.23 La CCSS ha logrado un buen nivel de concientización institucional sobre la necesidad de descentralizar su gestión interna. Ello se

23/ Ver documento Proyecto de Resolución condición 8(c)(v).

refleja en sus objetivos y políticas institucionales para 1991-1994, que enfatizan la desconcentración técnica y administrativa, a través del fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y los avances logrados en la desconcentración presupuestaria a las regiones.

- 4.24 Asimismo, la CCSS en materia de recursos humanos, está tomando las acciones pertinentes para delegar autoridad y asignar responsabilidades, destacándose como logros, la delegación de nombramientos de personal, la ampliación de compras directas locales y de activos menores.
- 4.25 En materia de conservación y mantenimiento de la infraestructura física y equipos, la política institucional también está orientada a la desconcentración de la gestión, para que las diferentes unidades asuman el gasto en sus ejercicios presupuestarios. No se prevé dificultades en el mantenimiento del Hospital de Alajuela ni para los centros y puestos, ya que esta área fue fortalecida por el Banco mediante la cooperación técnica ATN/SF-2443-CR la que implantó un sistema de mantenimiento. La CCSS ha mantenido adecuadamente la infraestructura hospitalaria.

6. Control interno y externo

- 4.26 En la organización de la CCSS figura la unidad de auditoría interna que depende directamente del Presidente Ejecutivo, la cual apoyaría la Unidad Ejecutora en las labores de control y seguimiento en los procedimientos y operaciones administrativo-financieras que se establecerán para la ejecución del Programa. Los estados financieros correspondiente a los Seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte han sido auditados al 31 de diciembre de 1990. Los comentarios y recomendaciones realizadas por los auditores externos a los estados financieros vienen siendo implantados por la institución.

7. Situación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)

- 4.27 En el cuadro siguiente se presenta el estado comparativo de ingresos y egresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el período 1989-1991.

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD (SEM) INGRESOS Y EGRESOS CORRIENTES (en miles de dólares) (al tipo de cambio al final de cada año)			
CONCEPTO	1989	1990	1991
INGRESOS			
Contrib. a la seguridad social	230.704	259.508	227.045
Ingresos no tributarios	40.947	38.485	21.557
Transferencias corrientes	14.102	10.592	4.608
Saldo en caja y bancos	58.312	52.099	32.601
Otros Ingresos	1.102	1.162	769
TOTAL GENERAL DE INGRESOS	345.167	361.846	286.580
EGRESOS			
Servicios personales	150.712	171.255	145.121
Servicios no personales	20.013	23.595	20.563
Materiales y suministros	66.174	60.923	69.044
Maquinaria y equipo	5.032	4.538	5.093
Desembolsos financieros	759	1.275	3.523
Construc. adiciones y mejoras	5.830	9.480	6.415
Transferencias corrientes	32.158	39.193	33.075
Servicio de la deuda	5.694	3.429	3.008
TOTAL EGRESOS EN EFECTIVO	286.372	313.688	285.842
TOTAL INGRESOS - EGRESOS	58.798	48.158	738

- 4.28 Como se puede observar, las transacciones del SEM tienen una clasificación típicamente presupuestaria, comprendiendo tanto gastos propiamente dichos como recursos destinados a la inversión y a actividades de transferencia que el Seguro realiza. Los comentarios que siguen no deben interpretarse como un análisis de "pérdidas y ganancias" tradicional sino de flujos financieros presupuestarios en los cuales existe un componente de rendimiento de inversiones (ingresos no tributarios) y de gastos (parte de los egresos de operación).
- 4.29 Para el año 1991, el monto total de recursos disponibles fue de US\$286,5 millones. La contribución a la seguridad social es la categoría más representativa con US\$227 millones ó 79% del total de los ingresos y contiene las contribuciones de todos los sectores en sus aportes patronales y obreros. Con respecto a los ingresos no tributarios se recibió la suma de US\$21 millones por venta de servicios, cobro por recaudación, e intereses sobre las inversiones

totales. Las transferencias corrientes alcanzaron un valor de US\$4,6 millones y que corresponden, entre otras categorías, a la cuota del Estado como tal, atención de pacientes asegurados por el estado e ingresos por participación en las utilidades de la lotería nacional. Los saldos en caja y bancos es la diferencia entre los ingresos efectivos y los egresos efectivos al final del año.

- 4.30 Entre los años 1989 y 1991, los ingresos corrientes mostraron una caída en la contribuciones a la seguridad social. Asimismo, se puede apreciar que los otros ingresos sufrieron descensos respecto de los años anteriores. Esto es el resultado de: (i) una reducción muy drástica en el año 1991 respecto a los años anteriores en los aportes del estado en sus distintas contribuciones; (ii) a un menor rendimiento en las inversiones; y (iii) disminución en las ventas de servicios médicos.
- 4.31 Del lado de los egresos, en orden de participación, figuran los de operación que son los necesarios para mantener la prestación de servicios, y que vienen a ser la suma de las categorías de servicios personales y transferencias corrientes. Esta última contiene los pagos por concepto de cargas sociales de la planilla, así como la cancelación de aportes al Gobierno y organismos internacionales. Para el año 1991, los gastos de operación ascendieron a US\$178,2 millones y representarán el 62% de los egresos totales en ese año. Otra categoría importante es la de materiales y suministros que representa el 24% (US\$69 millones) de los egresos totales.
- 4.32 El SEM ha experimentado superávits en los tres años examinados, pero reduciéndolo de US\$58,8 millones en 1989 a US\$0,7 millones en 1991. Esto es el resultado de la poca participación del Estado en sus obligaciones, generándose una mayor utilización de los recursos existentes, en especial los saldos de caja y bancos. Cabe mencionar que el SEM es un régimen de reparto que procura devolver la mayor cantidad posible de los ingresos percibidos mediante la prestación de servicios médico-asistenciales. Por lo tanto, reducciones en las contribuciones del estado atenta contra la calidad del servicio que se presta.
- 4.33 Dado el traslado de la operación de los centros y puestos de salud a la CCSS, se estima un incremento en los gastos de operación del SEM. Por lo tanto, es importante analizar el problema de la falta de oportunidad en el pago de las obligaciones estatales, ya que éstas representan la mayor proporción de los ingresos totales.
- 4.34 En el análisis de los ingresos, es fundamental realizar la distinción entre los conceptos: ingresos reglamentarios e ingresos efectivos. Los primeros se refieren a un cálculo teórico de aquellos ingresos, que de conformidad con la reglamentación y leyes vigentes deben haber sido percibidos por el Seguro en los períodos respectivos, mientras que los segundos corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

- 4.35 El incumplimiento de las obligaciones del Estado con el Seguro de Enfermedad y Maternidad en los últimos años se ha acentuado en forma significativa. Esto se debe principalmente a las implicaciones que tienen los programas de estabilización y ajuste económico en la estructura del gasto total del Gobierno. Este panorama económico, plantea a la CCSS la necesidad de revisar críticamente las obligaciones del Estado, fundamentalmente en cuanto a su aporte a los seguros sociales y a las posibilidades reales de recibir los recursos oportunamente para poder operar los centros y puestos de salud.
- 4.36 Considerando la naturaleza de los ingresos, se puede determinar que el tipo de obligación en donde es más significativo el incumplimiento estatal es fundamentalmente en el pago de los asegurados por cuenta del Estado, en el cual el grado de morosidad alcanza niveles hasta del 92% en 1991 tal como lo muestra el Anexo IV-1. En términos generales puede observarse que el grado de morosidad del Estado para el período 1987-1991, en promedio se ha ubicado alrededor del 73%, lo cual viene a constituir uno de los principales problemas en las finanzas de este Seguro.
- 4.37 Para el período 1988-1991, el incumplimiento en las obligaciones del Estado con el SEM expresado como la tasa de contribución efectiva, equivale en promedio a menos del 27% por año, tal como lo muestra el cuadro siguiente:

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS: 1988-1991 (en millones de US\$)				
AÑO	INGRESOS REGLAMENTARIOS	INGRESOS EFECTIVOS	DIFERENCIA	% TASA EFECTIVA
1988	65,9	19,7	46,2	29,9
1989	77,2	25,0	52,2	32,4
1990	90,4	29,1	61,3	32,2
1991	69,3	8,1	61,2	11,6

- 4.38 De seguir con este nivel de contribuciones, el SEM experimentará déficits en los próximos años. En el Capítulo V, Sección A se presenta alternativas para revertir esta tendencia y viabilizar financieramente los costos recurrentes del Programa propuesto.

C. Ministerio de Salud

- 4.39 El Ministerio de Salud, que data de 1929, es responsable por la definición y conducción de la política nacional de salud, la planificación, normación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, el fomento y promoción de

la salud, la prevención de las enfermedades y el saneamiento del ambiente. Opera 89 centros de salud, 650 centros de educación nutricional (CEN) y Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI), 419 puestos de salud, además de 40 unidades móviles.

- 4.40 Con estos recursos y un contingente de 6.000 profesionales, técnicos y personal de apoyo producen servicios preventivos de salud, que representan un 8% de las consultas del país. De este equipo humano, unos 1.250 (21%) corresponden al nivel central, 250 (4%) a los equipos regionales de supervisión y 4.500 (75%) a personal operativo del nivel local. De estos últimos, unos 3.000 (50%) operan los servicios de atención a las personas que serían transferidos a la CCSS y otros 1.500 (25%) tienen la responsabilidad de los programas de promoción de la salud, salud ambiental, control de vectores y nutrición.
- 4.41 El financiamiento del MINSA proviene de ingresos generales e impuestos especiales del fisco (67%) y de transferencias del Fondo de Asignaciones Familiares (33%). Estos ingresos representaron en 1991 un 0,7% del PIB y un 11% del gasto del sector público.
- 4.42 El análisis de diagnóstico institucional del MINSA y su correspondiente propuesta de reestructuración se presentaron en capítulos anteriores. La propuesta de reestructuración institucional y el esquema de ejecución diseñado, permiten concluir que no habrán problemas en la transformación del MINSA como órgano rector del sector.

V. VIABILIDAD Y RIESGOS DEL PROGRAMA

A. Viabilidad institucional y financiera

1. Viabilidad institucional

- 5.1 El programa de reestructuración y fortalecimiento del Ministerio de Salud como órgano rector del sector es factible y viable en su concepción, contenido, y cronograma de implantación, así como en el diseño de su programa de desarrollo institucional para fortalecer su capacidad de ente catalizador del sistema. La transferencia de la atención primaria a la CCSS tiene sentido en el contexto de la problemática vigente y es coherente con los postulados del Plan Nacional de Reforma del Sector Salud. Los mecanismos de supervisión diseñados, a través de condiciones contractuales, permitirán completar la reestructuración y fortalecimiento del Ministerio y la correspondiente integración de centros y puestos de salud.
- 5.2 Los mecanismos operativos derivados del proceso de formulación de esta operación consistentes en la creación de un Consejo de Coordinación Central de alto nivel, y el apoyo de los profesionales de la Dirección de Sistemas de Salud del MINSA, le permitirán contar a ambas instituciones con una capacidad amplia y flexible para llevar a cabo los componentes del Programa propuesto. Además, el análisis de las actividades que la CCSS ha venido realizando demuestra que la institución cuenta con suficiente experiencia en la construcción, supervisión y administración de hospitales y centros y puestos de salud.
- 5.3 Para asegurar una eficiente ejecución del Programa, la CCSS será apoyada por una Unidad Ejecutora y por la unidad operativa del MINSA, la cual será asesorada por consultores. Por lo anteriormente expuesto, no se anticipan mayores dificultades para la ejecución oportuna del Programa.

2. Viabilidad financiera

- 5.4 La factibilidad financiera del Programa se determina analizando dos conceptos que miden tanto el impacto financiero como la capacidad del país para emprender la ejecución de la operación. Uno es la capacidad de proporcionar la contrapartida local necesaria, medida por la carga adicional que representa para el presupuesto del gobierno. El otro se basa en proyecciones financieras para determinar los gastos recurrentes incrementales derivados del Programa propuesto.

a. Contrapartida local

- 5.5 La contrapartida local requerida por el Programa alcanza un monto total de US\$18,0 millones, que equivale a un promedio anual de US\$4,5 millones durante el período de ejecución del Programa. El Gobierno transferirá a la CCSS estos fondos a través de asignaciones presupuestarias. La alta prioridad otorgada por el Gobierno a este Programa y el bajo monto anual que representa la contrapartida en relación al presupuesto del Gobierno, sugieren la conclusión de que se dispondrá de los fondos según sea necesario.

b. Costos recurrentes incrementales derivados del Programa

- 5.6 Los costos de operación actuales de todos los centros y puestos de salud administrados por el MINSA, equivalen a US\$16 millones por año. En adición, estos establecimientos incurrirán en costos recurrentes incrementales por: (i) mejoras en la producción de servicios a un costo anual de US\$4,7 millones; y (ii) incremento en los salarios del personal médico del MINSA que se trasladarán a la CCSS, a un costo anual de US\$1,6 millones. Así, los costos recurrentes incrementales derivados del Programa equivaldrán a US\$6,3 millones. Mientras que los costos recurrentes totales que se requerirán para el SEM serán del orden de US\$22,3 millones a partir de 1997 (Anexo V-1).
- 5.7 Para cubrir estos costos durante el período de ejecución del Programa (1993-1996) y dado que la transferencia de centros y puestos es progresiva, se recomienda que el Gobierno transfiera los recursos de la operación de centros y puestos de salud actualmente asignados al MINSA a la CCSS 24/. Se estima que las transferencias serán de alrededor de los US\$30,4 millones (Anexo V-1).
- 5.8 Una vez completadas las inversiones, los costos recurrentes totales para el SEM, a partir de 1997, serán del orden de US\$25,3 millones por año, incluye los costos de operación incrementales del Hospital Alajuela por un monto de US\$3,0 millones, y la de los costos totales de operación de centros y puestos. Esta cantidad no podrá ser asumida por el SEM sino se aumentan las contribuciones efectivas del Gobierno, tal como lo muestra el Anexo V-1. Para obtener la viabilidad financiera del Programa y del SEM es importante que el Gobierno cumpla con sus obligaciones con el seguro, correspondientes a su cuota patronal estatal, Estado como tal y trabajadores independientes e indigentes.

24/ El cumplimiento de estas medidas será monitoreado durante las reuniones anuales de seguimiento mencionadas en el Capítulo III sección K. Ver recomendación 6.

- 5.9 Para ello, el Gobierno se ha comprometido a implantar un plan de reducción gradual en la mora de sus pagos al SEM, de conformidad con los porcentajes que se señalan a continuación: 25/

Pago de Cuotas del Gobierno al SEM de la CCSS Plan de Pagos	
AÑO	Porcentaje mínimo anual de pago de cuotas devengadas del Estado a favor del SEM
1992	60%
1993	65%
1994	70%
1995	85%
1996	95%
1997	100%

- 5.10 Cabe mencionar que los costos recurrentes derivados de la transferencia de centros y puestos de salud se cubrirán, si el porcentaje mínimo anual de pago de cuotas por el Estado a favor del SEM alcanza el nivel de 75%. El cumplimiento de las obligaciones del Estado, tal como lo muestra el cuadro anterior, aunado a las reducciones en evasión contributiva, conducirán a mejoras en la calidad en los servicios de salud que provee el SEM.

B. Viabilidad técnica

- 5.11 El Programa propuesto, tanto en su componente de reestructuración institucional como de integración de servicios e inversiones, responde a las necesidades prioritarias del país en materia de organización del sector salud y de capacidad funcional del Ministerio de Salud como rector del mismo. Las entidades participantes en el Programa tienen la capacidad de aprovechar el apoyo previsto e institucionalizar las reformas planteadas.
- 5.12 La integración de los servicios de atención primaria a la CCSS resulta técnicamente viable a la luz de la experiencia adquirida por esa institución durante más de 10 años de operación tanto de los hospitales traspasados a la misma entre 1974 y 1981, como de los centros de salud integrados a partir de 1982, y en la coordinación MINSA-CCSS de programas preventivos. La solución de las principales dificultades técnicas identificadas está contemplada en los convenios vigentes (MINSA-CCSS) y en los compromisos contractuales ligados al Programa que aquí se propone.

25/ Ver Proyecto de Resolución, condición 8 (c)(iii).

- 5.13 La retención de ciertos programas preventivos (de atención colectiva y del ambiente) por el MINSA no afectará mayormente las posibilidades de éxito en la introducción de las medidas de reforma.
- 5.14 La viabilidad técnica de la transferencia de puestos y centros de salud, así como la integridad y eficiencia de la red hospitalaria nacional, dependen de las obras programadas. Por un lado, las mismas son esenciales para que la CCSS pueda asegurar un nivel mínimo de eficiencia de los establecimientos que recibirá, y, por otro, el aprovechamiento eficiente de los hospitales nacionales de alta complejidad y de los periféricos en el área de influencia del Hospital de Alajuela no se puede dar sin la restauración de la capacidad resolutive de este último (a través de su sustitución).
- 5.15 En términos generales, la calificación y dotación de los recursos humanos del nivel central y regional del MINSA (y de algunos que pudiesen transferirse de la CCSS), tomando en cuenta la capacitación prevista para viabilizar la reforma del MINSA al igual que el tamaño y la composición actual de ese contingente humano, permitirá la implantación efectiva de las funciones rectoras bajo estudio y la transferencia de los servicios primarios a la CCSS, sin perjuicio de los alcances y detalles de la propuesta a ser evaluada por el Banco antes de autorizar el primer desembolso.
- 5.16 Se pueden anticipar reducciones sustantivas durante los próximos 10 años tanto de la morbilidad (infantil, preescolar, materna) atribuible a enfermedades infecciosas en las zonas actualmente más desventajadas (30 cantones que deberían llegar al promedio nacional), como de la mortalidad y complicaciones debidas a enfermedades crónicas (por ejemplo, cardíacas, tumores malignos, diabetes, etc.) Esto será posible, ya que el MINSA, al finalizar el Programa, estará en condiciones de: (i) ejercer una vigilancia epidemiológica más eficiente y eficaz; (ii) de formular políticas de salud más pertinentes a la realidad del país (v.g., responsabilidades preventivas de la CCSS y proveedores particulares, calidad de servicios curativos públicos y privados, detección y control temprano de las enfermedades crónicas) y asegurar el cumplimiento de las misma; (iii) actuar agresivamente en la promoción de estilos de vida y ambientes de trabajo saludables; (iv) asegurar un uso más racional de los recursos tecnológicos sofisticados que requiere el tratamiento de la patología crónica; y (v) efectuar un control más efectivo del ambiente y de los diversos riesgos a la salud pública.

C. Viabilidad socio-económica

- 5.17 Como se explicó anteriormente el impacto de largo plazo del proyecto consiste en apoyar las reformas estructurales del sector, las cuales en el plano económico contribuirán a mayor eficiencia en la asignación y uso de recursos sectoriales, en el plano social, a la mayor equidad y calidad en las prestaciones de servicios de salud. En adición a lo anterior y tomando en consideración la

situación financiera del país, así como las reformas propuestas del sector público, es importante racionalizar las inversiones físicas incluidas en el Programa, con el objeto de asegurar que también a través de ese componente se contribuirá al logro de los objetivos de largo plazo.

1. Integración de los servicios de atención primaria

- 5.18 La red de atención primaria ejecuta dos programas básicos: el Programa de Salud Rural, con una cobertura de 67% de la población objetivo y el Programa de Salud Comunitaria con una cobertura del 49%.
- 5.19 La cobertura del primer programa se pretende - como mínimo - mantener en su nivel actual, en tanto en el segundo caso se requiere recuperar el nivel de cobertura alcanzado en 1979 del 64%, como mínimo. Estos niveles de cobertura se deben alcanzar con una apreciable mejora en la calidad, estimándose como necesarias una consulta por habitante y tres rondas de visitas por familia-año.
- 5.20 Para alcanzar estas metas se propone la integración de servicios entre la CCSS y el MINSA. Como se indicó en el Capítulo II, sección B.2, determinándose la necesidad de rehabilitación de una parte importante de la red de puestos y centros, consecuencia de la falta de presupuesto del MINSA para mantenimiento. Dado que en una primera etapa no es posible rehabilitar toda la red, se decidió seleccionar las áreas prioritarias de salud (mayor riesgo).
- 5.21 Así el proyecto identificó treinta cantones prioritarios en base a criterios de situación socio-económica y estado relativo de salud, en los que evaluó el estado de los establecimientos. Se preparó una muestra representativa del 30%, que permitió definir una serie de criterios de elegibilidad para la evaluación de las obras que integrarán el universo del Programa. Los criterios relevantes desde la perspectiva socioeconómica son: (i) determinación de la demanda y oferta de servicios por establecimiento; (ii) selección de la alternativa de mínimo costo (de inversión y operación) por establecimiento; y (iii) beneficiarios de bajos ingresos.
- 5.22 El análisis de la muestra permitió definir que serán elegibles los puestos de salud cuyo costo anual por visita no supere los US\$7 y los centros de salud cuyo costo por consulta no supere los US\$10. Estos costos promedios se transformaron de precios de mercado a precios de eficiencia utilizando factores de conversión, y eliminado las transferencias (impuestos, cargas sociales, etc.).

2. Reemplazo del Hospital de Alajuela

- 5.23 El actual Hospital de Alajuela (HA), pertenece a una red de servicios de la CCSS de complejidad creciente: hospitales periféricos, hospitales regionales y hospitales nacionales o especializados. Los hospitales periféricos San Francisco de Asís y Valverde Vega referencian al Hospital Alajuela, y este último

referencia a los hospitales nacionales: México, San Juan de Dios y del Niño.

- 5.24 La programación médico-funcional de una red, permite determinar el nivel de complejidad, y la oferta de servicios asociada a dicho nivel de complejidad, que cada establecimiento podrá suministrar para satisfacer la demanda global, para una área geográfica definida. Debido a la obsolescencia del Hospital actual, por una parte, agravada por los efectos de los terremotos de 1990, que limitaron más su capacidad, y por el otro lado al crecimiento de la población, existe una insuficiencia notoria en el nivel de resolución actual del hospital que no le permiten cumplir con su rol regional.
- 5.25 Esto ocasiona que la demanda del área de influencia se deriva hacia los establecimientos de mayor complejidad lo que produce un nivel de resolución de más alto costo por egreso o consulta de la red.

a. Demanda y dimensionamiento

- 5.26 El dimensionamiento del HA es el resultante de un análisis integral de la demanda de: (i) hospitalización (egresos hospitalarios); y (ii) consultas externas (consultas) de la zona de influencia 26/ del hospital, utilizando un enfoque de red de servicios.

(i) Demanda por hospitalización

- 5.27 Se proyectó la demanda por hospitalización, en los próximos años en el área directa de influencia, por servicio (medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia) y proyectando en función de la evolución de los grupos poblacionales por edad. Sin el proyecto, el 35% de esta demanda tendría que ser atendida en el área metropolitana por falta de capacidad.
- 5.28 Con el proyecto, el futuro HA absorberá todos los egresos de su área de influencia como hospital regional, (90% aproximadamente de los egresos, el resto de alta complejidad se atenderán en el área metropolitana). Además, se tuvo en cuenta que con el proyecto en la así definida área indirecta del área de influencia, los hospitales periféricos resolverá los egresos en un 83%, derivando al nuevo HA los casos de mayor complejidad, consistentes con la nueva capacidad de resolución.

26/ El área de influencia definida por la programación de la red, incluye a los cantones de: San Mateo, Central Alajuela, Atenas, Poas, Orotina y Garabito, con una población estimada 200.000 habitantes y la así definida indirecta la constituyen los cantones de: San Ramón, Naranjo, Ruiz, Grecia, Palmares y Vega, con una población de 155.000 habitantes. El área de influencia, fue ajustada a área "real" en función, de la demanda observada a cada establecimiento.

- 5.29 La demanda de egresos se ha estimado que evolucionará desde 13.980 egresos en 1987 para los cuatro servicios básicos a 26.119 en 2005, año para el que se dimensiona el HA. Este incremento, (3,47% anual acumulativo) en la demanda dirigida al hospital proviene básicamente de su área de influencia.
- 5.30 El incremento de la demanda es desigual por servicio, ya que las bajas tasas de fertilidad esperadas enlentecerán el crecimiento poblacional al mismo tiempo que el envejecimiento de la población comenzará a sentirse en los próximos años. Esto determina que la demanda de obstetricia crecerá de 5.268 a 6.830 egresos, o sea al 1,44% promedio anual entre 1987 y el 2005, mientras que en el otro extremo medicina y cirugía crecerán entre dichos años de 2.346 a 5.319 y de 2.283 a 5.577 egresos, o sea a tasas entre el 4,55% y 4,96% promedio anual acumulativo respectivamente. Cabe señalar que existirán adicionalmente un 23% más de intervenciones de cirugía que no tendrán hospitalización ya que se realizarán en forma ambulatoria. Esta técnica no existe en la actualidad en el HA.
- 5.31 Para atender el incremento de la demanda, asegurando una mejor productividad del recurso cama, se previó un uso más racional de la estadía por servicio y un nivel más exigente de la ocupación promedio. En el contexto de estos parámetros más exigentes, es que se justifica que el nuevo hospital tenga un incremento del 68% en el número de camas, pasando de 217 a 365 camas.
- 5.32 La asignación de camas por servicio tiene en cuenta el crecimiento desigual de la demanda, de forma que medicina (120 camas) y cirugía (108) son los servicios que recibirán más incremento en el número de camas sobre las actuales (90% y 157% respectivamente). Las camas pediátricas aumentan menos del 10%, fruto principalmente de una mejora en la calidad ya que el incremento proviene principalmente de la introducción de camas neonatológicas. El incremento en obstetricia también responde a la insuficiencia actual, a la mejora de la calidad del servicio y a la inclusión de procedimientos de mayor complejidad en el futuro.
- 5.33 El dimensionamiento global del Hospital de Alajuela de 365 camas se considera conservador porque se dimensionó siendo exigente con la productividad del recurso cama en el nuevo hospital. Los datos históricos del HA y de la red hospitalaria del país muestran que la productividad es algo menor en los distintos servicios que la que se proyectó para el nuevo hospital. Si se toman estos datos históricos, la menor productividad genera una necesidad de un 15% de camas adicionales llevando el tamaño necesario a 419 camas en el año 2005.

(ii) Demanda por consultas externas

- 5.34 La consulta externa actualmente no se brinda en el HA, excepto la consulta de emergencia y algunos servicios mínimos en unas pocas especialidades de medicina interna. Sin embargo, los hospitales regionales en Costa Rica tienen asignada la consulta especializada

en aquellas sub-especialidades en que tienen recursos orientados a tal fin, y de acuerdo a su nivel de resolución. De esta forma, el nuevo hospital contará con los servicios acordes para la consulta externa especializada. Varias sub-especialidades de alta complejidad no se ofrecerán en el HA y continuarán prestándose en los hospitales especializados del área metropolitana.

- 5.35 En la consulta especializada los plazos de espera son extremadamente largos, especialmente en las consultas de medicina interna en cuyas distintas sub-especialidades existen plazos de 3-6 meses, y algunos a más de un año.
- 5.36 En 1995, el HA deberá resolver 79.000 consultas, con una necesidad de 116 horas médicas/día y 14 consultorios. En 1995 ya se incluyen dos nuevas sub-especialidades médicas para la consulta, nutrición y psicología clínica.
- 5.37 De acuerdo a las proyecciones realizadas, el nuevo hospital deberá solucionar 178.688 consultas en el 2005, año éste en que se necesitarán un total de 262 horas médicas diarias promediales y 33 consultorios para atender toda la consulta especializada del área de influencia de atracción del HA y la de medicina y cirugía del área indirecta.

b. Evaluación económica

- 5.38 Los beneficios sociales que genera el nuevo Hospital de Alajuela se producen por: (i) mayor eficiencia de la red, que se refleja en la disminución de costos por egreso y por consulta, al atender toda la demanda de su área de influencia, y evitar que se continúe atendiendo personas en los hospitales de mayor complejidad del área metropolitana; (ii) ahorro de costos de los usuarios, por el ahorro de tiempo y de transporte de los usuarios que no deberán trasladarse fuera del área de atracción de influencia; y (iii) una mejora en la calidad de servicio, por disponibilidad de tecnología adecuada y reducción o eliminación de tiempos de espera .
- 5.39 Definido el dimensionamiento requerido en función de la demanda y la programación médico-funcional, se realizó un análisis de costo-eficiencia, para lo cual se estudio la alternativa de continuar con el hospital actual (alternativa sin proyecto o de mantenimiento intensivo) versus la construcción de uno nuevo (alternativa con proyecto).
- 5.40 Se determinaron los costos por egreso y consulta de cada una de las alternativas: los costos por egreso de la alternativa con proyecto son los resultantes de los costos totales de inversión y operación del nuevo hospital. Los costos totales se distribuyen por centro de costos en función de un modelo de asignación de costos, actualmente en uso por la CCSS en la mayoría de los hospitales.
- 5.41 Los costos económicos por egreso de la alternativa con proyecto ascienden a U\$255. El costo promedio se ve afectado por el

incremento de calidad en obstetricia y ginecología. En rigor esta diferenciación de calidad, hace que los costos no sean estrictamente comparables ya que en el caso con proyecto se produce un significativo aumento de la misma, que haría preferible esta última aún cuando los costos fueran similares. El costo para la alternativa sin proyecto asciende a U\$379 y resulta superior en un 37% a la alternativa con proyecto. La alternativa con proyecto presenta costos promedios menores por lo que es elegible versus la alternativa sin proyecto.

- 5.42 Los beneficios originados por ahorros de costos para los usuarios no han sido cuantificados debido a su complejidad, sin embargo debe señalarse que el proyecto permitirá dos tipos de beneficios generados en ahorros para los usuarios: (i) ahorros de tiempo y costos de transporte, de la población beneficiaria del área directa, por no tener que desplazarse; y (ii) ahorros por reducción de los tiempos de espera en algunos servicios.

D. Impacto distributivo

- 5.43 Para evaluar el impacto distributivo del Proyecto se tomó en consideración el número de beneficiarios de cada uno de los componentes. El Hospital de Alajuela tendrá un número de beneficiarios estimado en 194.801 habitantes del área de influencia del hospital, el Componente de Obras múltiples se aplica a cantones prioritarios de tres Regiones del país, con un potencial de beneficiarios de 180.048 (Chorotega 7.476, Pacífico Central 161.518, y Brunca 7.476). Finalmente, el Componente de Fortalecimiento Institucional se dirige a fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y por tanto tiene a todos los habitantes del país como beneficiarios.
- 5.44 Para conocer el impacto del componente del Hospital de Alajuela se realizó una encuesta sobre los usuarios de consulta y de hospitalización durante una semana en Marzo de 1991. Esta encuesta (muestra estadísticamente identificada que abarcó un total de 460 formularios) demostró que el 60,9% de los usuarios del hospital tenían un ingreso per cápita menor al correspondiente a la línea de pobreza establecida por el Banco para Costa Rica, nivel que en dicho mes se estimó en 7.148 Colones mensuales.
- 5.45 En el caso del componente de obras múltiples, se debió realizar una encuesta en los establecimientos de salud de la muestra de puestos y centros, los resultados fueron cotejados con los de la Encuesta de Hogares 1987-88 de la Dirección General de Estadística y Censos. El porcentaje de beneficiarios por debajo de la línea de pobreza fue en este caso estimado en el 68,9%.
- 5.46 El componente de reforma se consideró que beneficia a todos los habitantes por igual (el MIDEPLAN estima en 35% la población total por debajo del nivel de pobreza) consecuentemente, aplicando el promedio ponderado, se obtiene un índice para todo el programa de 59,5%.

E. Riesgos del Programa

- 5.47 Los principales riesgos del Programa son: (i) que el proceso de reforma del sector público se paralice por falta de consenso político y las reformas previstas no se lleguen a implantar; y (ii) que el Gobierno no le traspase oportunamente a la CCSS los recursos necesarios para absorber la transferencia de los centros y puestos de salud.
- 5.48 Si no se llegase a tener consenso político sobre las reformas del sector público, esto resultaría en una continuación del status quo en el cual se presenta la duplicación de funciones, la ausencia de planeación integral en el sector, la atomización organizacional y la sobreposición de cobertura poblacional y de estructuras administrativas. Todo esto resulta en una atención primaria ineficiente e inadecuada. Reduciendo este riesgo es que el Gobierno ya ha empezado el proceso de reforma del sector salud, como parte de las reformas de estado apoyadas por los préstamos sectoriales, integrando los servicios de salud en varias de las regiones del país. Adicionalmente, la posible resistencia del personal médico del MINSA al traslado a la CCSS será aminorado por un aumento en sus sueldos del 15% por ajuste de beneficios. El impacto de este aumento de costo al fisco sería más que compensado por los ahorros generados en la racionalización de los recursos del MINSA.
- 5.49 Como se ha mencionado anteriormente, las reformas propuestas en esta operación también forman parte de las reformas del estado apoyadas por el Programa de Ajuste Estructural III bajo consideración del Banco Mundial y el Programa de Reforma del Sector Público del Banco (CR-0025). Por lo tanto, la reestructuración del MINSA y la integración de servicios tienen que ser implantadas como parte de las reformas del estado.
- 5.50 Para asegurarse que la CCSS tenga los recursos financieros adecuados para operar los centros y puestos de salud eficientemente, en el eventual contrato de préstamo se incluirán cláusulas que comprometan al gobierno efectuar las transferencias financieras.

ANALISIS DEL SECTOR SALUD

I. Contexto General

- 1.1 El sistema de salud de Costa Rica ha contribuido a alcanzar y conservar un buen nivel de salud y ha sido el protagonista de reformas radicales desde principios de los años setenta. No obstante, aún impiden el goce pleno de la salud una serie de elementos, entre los cuales se destacan: (i) desigualdades socioeconómicas; (ii) discrepancias entre el perfil epidemiológico y la orientación de los servicios; (iii) un desequilibrio entre las instituciones principales del sector y el debilitamiento del Ministerio de Salud como rector; (iv) la duplicación e ineficiencia de servicios y estructuras administrativas; y (v) el deterioro registrado de la capacidad preventiva y resolutive de los establecimientos y servicios públicos de atención en salud.

II. Contexto Demográfico y Socioeconómico: Desigualdades y Transición Epidemiológica

- 2.1 Costa Rica pasará de tener 3 millones de habitantes (1990) a 4 millones para el año 2005, 2,5 millones de los cuales serán residentes urbanos, con 1 millón en la ciudad capital de San José, y el resto en las siete provincias y 81 cantones 1/ que también albergarán una población rural importante dependiente de la agricultura. Este ritmo de crecimiento refleja el descenso registrado en las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad, vinculado a los niveles de educación 2/ y ocupación del costarricense, particularmente de la mujer.

A. Desigualdades en Calidad de Vida y Servicios de Salud: Cantones Prioritarios

- 2.2 La distribución del ingreso en Costa Rica (1983) es más equitativa que la de otros países de la región, pero persisten sesgos importantes en la misma. Más de la mitad del ingreso es percibido por el 20% de la población con ingresos más altos (el 30% más alto percibe el 63,2%), y en el área rural, aún cuando la tenencia de la tierra es menos concentrada que en otros países, prevalece un alto nivel de minifundismo.

1/ El cantón es la unidad político-administrativa básica del país. Se divide sucesivamente en distritos, barrios y caseríos, y es regido por una Corporación Municipal cuyos miembros son elegidos por voto popular y cuya administración está a cargo de un Ejecutivo nombrado por el Consejo Municipal.

2/ Apenas un 7,3% de la población es analfabeta (1990) y un 41% de la población económicamente activa ha completado la secundaria.

- 2.3 Los 30 cantones identificados con indicadores de calidad de vida 3/ por debajo del promedio nacional 4/ constituirían el universo de las obras de mejoramiento de centros y puestos de salud del programa propuesto.

B. Transición epidemiológica

- 2.4 El aumento de la esperanza de vida al nacer (76 años)(Gráfica 2) refleja el envejecimiento de la población resultante del descenso de la mortalidad (infantil a 15 por 1000 nacidos vivos)(Gráfica 1) y de la natalidad (28 por 1000 mujeres en edad fértil). Ya el 6,5% de los costarricenses tienen más de 60 años de edad 5/, y la fuerza de trabajo (15 a 64 años) representa un 60%, que irá aumentando ante la extensión 6/ de la edad de jubilación. Esta evolución de la situación de salud de Costa Rica ha sido el producto de su dinámica de desarrollo, priorización efectiva de sectores sociales (gasto en salud de 7% del PIB), nivel educativo y cobertura de seguridad social (85% 7/) y de la red de atención primaria.
- 2.5 El efecto más importante de este cambio demográfico ha sido el aumento en la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades del corazón (infartos y otras), tumores malignos y accidentes. A su vez, el crecimiento industrial ha aumentado la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Toda esta transformación epidemiológica demanda servicios preventivos y curativos cada vez más complejos, al mismo tiempo que en los grupos marginados de los cantones prioritarios

3/ Estudio MIDEPLAN (1989) basado en un índice consolidado de indicadores de mortalidad (infantil, de 1 a 4 años, por enfermedades infecciosas y parasitarias, diarrea) y sociales (desnutrición, viviendas sin agua, en mal estado y sin disposición adecuada de excretas, analfabetismo, organización de comunidad).

4/ 30 Cantones Prioritarios:

(1)	Talamanca	(2)	La Cruz	(3)	Buenos Aires
(4)	Guatuso	(5)	Upala	(6)	Limón Centro
(7)	Abangares	(8)	Puntarenas C.	(9)	Turrubares
(10)	Aguirre	(11)	Sta. Cruz	(12)	Liberia
(13)	Cañas	(14)	Los Chiles	(15)	Siquirres
(16)	Golfito	(17)	Sarapiquí	(18)	Osa
(19)	Pococí	(20)	Corredores	(21)	Matina
(22)	Parrita	(23)	Carillo	(24)	Garabito
(25)	Bagaces	(26)	Acosta	(27)	Nicoya
(28)	San Carlos	(29)	Coto Brus	(30)	Guácimo

5/ 4,3% mayores de 65 años.

6/ Aumentada en 1991 de 55 años a 59 años 11 meses para la mujer y de 57 años a 61 años 11 meses para el hombre.

7/ 76% de asegurados activos y dependientes + 7% de indigentes asegurados por el estado.

persisten niveles importantes de enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales ^{8/}, al igual que las complicaciones del embarazo y del parto. Frente a esta paradoja de la transición epidemiológica el sector salud se ha encontrado con limitaciones serias de su capacidad de respuesta.

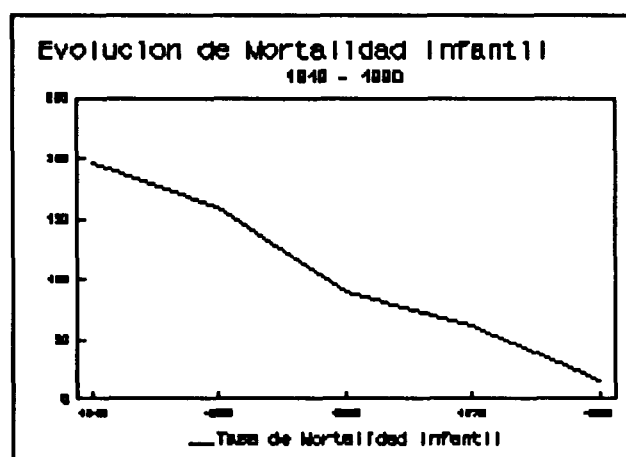


Figure 1 Gráfica N° 1

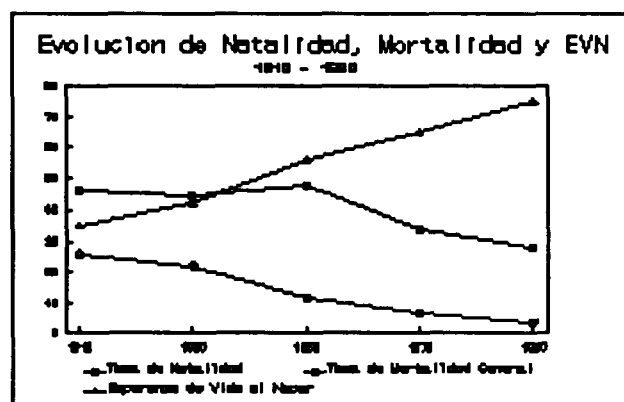


Figure 2 Gráfica N° 2

1. Salud de Grupos Vulnerables

- 2.6 Pese a los adelantos logrados, los niños costarricenses aún son víctimas de una carga desproporcionada de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, agresión (más de 8.500 casos en 1990), sarampión, caries, asma bronquial y complicaciones del

^{8/} Estudios recientes (1990, 1991) muestran que uno de cada cinco preescolares presenta algún grado de desnutrición (3,7% son moderados o severos), uno de cada cuatro niños es anémico y uno de cada nueve tiene deficiencias de iodo.

embarazo y parto. La mujer en edad fértil también es vulnerable, a pesar de atenderse profesionalmente un 97% de los partos, destacándose la mortalidad materna (0,2/1000 nacidos vivos) por hemorragias después del parto, toxemia gestacional, y la morbilidad atribuible a complicaciones del embarazo, todas asociadas principalmente a la baja cobertura prenatal (46% y 50% de los embarazos de alto riesgo) y postnatal, así como a la anemia materna (88% de embarazadas y 30% de madres sin reservas adecuadas de hierro) 9/.

- 2.7 Madres adolescentes (10 - 19 años) generan un 14% de todos los embarazos, pero casi un tercio de los de alto riesgo están concentrados en este grupo, más de la mitad de las cuales no reciben atención prenatal (y solo un tercio de las atendidas reciben más de 3 consultas). Un 39% de niños reportados por agresión son hijos de adolescentes, un 4% de los adolescentes usan alguna droga y este grupo presenta la incidencia más alta de enfermedades de transmisión sexual.
- 2.8 Entre la población de la tercera edad (mayor de 60 años), que en 1990 representaba un 6,4% de la población, predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, como causas de muerte, morbilidad e incapacidad, todos los cuales requieren de una atención prolongada y costosa, pero cuyas complicaciones se pueden prevenir con un diagnóstico temprano y una atención oportuna y adecuada. La utilización de servicios por este grupo representa un 15% de la consulta de la CCSS, un 13% de los egresos hospitalarios y más de un tercio (37%) de los egresos de adultos (mayores de 15 años) en los servicios de medicina y cirugía.

2. Situación ambiental

- 2.9 Los residentes urbanos gozan de un buen nivel de saneamiento básico (93% con acceso a agua potable pero solo 40% con medios adecuados de disposición de excretas), pero no así la población rural (93% tiene agua, pero para un 60% no es potable) y más de la mitad (53%) de las viviendas presentan deficiencias sanitarias. La carga ambiental que generan los 3 millones de costarricenses es equivalente a la de una población de 5,1 millones, agravada por: (i) el hecho que solo 30% de las 2.000 toneladas métricas de desechos sólidos generadas cada día se eliminan adecuadamente; y (ii) el volcamiento de desechos de actividades industriales (café, azúcar, otros) a los ríos Virilla y Tárcoles, que ya han contaminado algunos acuíferos del Valle Central. Entre los proyectos de desarrollo de probable impacto ambiental negativo figuran los de Riego del Río Tempisque (que aumentaría la población de esa área de 50,000 a 250,000) y el proyecto eléctrico geotérmico Miravalles. Todo esto representa un reto significativo al Ministerio de Salud como ente rector.

9/ Otros estudios indican algún control prenatal en un 75 a 90% de las que llegan a atenderse el parto.

C. Orientación Inadecuada de los Servicios

- 2.10 Este panorama demográfico, epidemiológico y ambiental no encuentra respuesta en la orientación vigente de los servicios (modelo de atención), que responden más a un enfoque curativo, pasivo e institucional de patología aguda, ni en su capacidad preventiva y resolutive. Se requiere un perfil dinámico, de servicios capaces de: (i) proyectar acciones preventivas y curativas a las comunidades y al ambiente humano; (ii) detectar, prevenir y controlar las enfermedades crónicas más prevalentes; (iii) responder a las necesidades de una fuerza de trabajo y población envejeciente creciente; (iv) proveer soluciones profilácticas, diagnósticas y terapéuticas de alta calidad, cónsonas con un uso racional de las tecnologías disponibles; y (v) adaptarse a cambios epidemiológicos futuros y a distintos esquemas organizativos y de financiamiento. En consecuencia, el Ministerio de Salud, como ente rector, debe estar en condiciones de proporcionar el liderazgo que permita la reorientación de los servicios en este sentido.
- 2.11 De hecho, la política vigente de salud prioriza las acciones dirigidas a: (i) reducir las enfermedades infecciosas prevenibles y la desnutrición; (ii) hacer universalmente accesible la atención del embarazo y del parto; (iii) prevenir y controlar las enfermedades crónicas, las intoxicaciones por plaguicidas y los accidentes de tránsito; (iv) el saneamiento básico; (v) mantener la infraestructura; y (vi) la preparación para desastres.

III. Desequilibrio Institucional, Duplicación y Deterioro de Servicios

A. Desequilibrio Institucional del Sector y Debilitamiento del MINSA

- 3.1 El sector lo integran: (i) el Ministerio de Salud (MINSA); (ii) la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); (iii) el Instituto Nacional de Seguros (INS)(Programa de Riesgos Profesionales y otros programas preventivos, cuya transferencia a la CCSS se está gestionando); (iv) el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA); (v) la Universidad de Costa Rica (UCR); (vi) los servicios particulares de salud y actividades afines; y (vii) organizaciones comunitarias.
- 3.2 La capacidad de gestión de las diferentes entidades del sector para aplicar la política de salud ha sido afectada por la crisis económica que atravesó el país. Como resultado de los programas de ajuste, se redujo el gasto público asignado a los sectores sociales. Entre 1980 y 1990 los ingresos reales del sector crecieron a una tasa inferior al ritmo de crecimiento de la población. El gasto de salud por habitante al final de la década fue de 1.051 colones menos que en 1980 (16% menos). En 1980 el gasto en salud representó un 8,5% del PIB, mientras que en 1990 llegaba al 7,8%. En 1991 el gasto público fue del 6,9% del PIB, un 5,2% (75%) del cual correspondió a la CCSS, y el resto al MINSA, el AyA, el INS y las municipalidades. Esto obligó a los servicios

públicos a mantener la prestación de servicios con menos recursos, lo que, a su vez, motivó la adopción de una política de concentrar el gasto social en los grupos de bajos ingresos.

a. Ministerio de Salud

- 3.3 El Ministerio de Salud es responsable por la definición de la política nacional de salud, la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el saneamiento del ambiente. Opera 90 centros de salud, 650 centros de educación nutricional (CEN) y Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI), 400 puestos de salud, además de 40 unidades móviles. Con estos recursos y un contingente de 6,000 profesionales, técnicos y personal de apoyo producen servicios principalmente preventivos, que representan un 8% de las consultas del país. De este equipo humano, unos 1.250 (21%) corresponden al nivel central, 250 (4%) a los equipos regionales de supervisión y 4.500 (75%) a personal operativo del nivel local. De estos últimos, unos 3.000 (50%) operan los servicios de atención a las personas que serían transferidos a la CCSS y otros 1.500 (25%) tienen la responsabilidad de los programas de promoción de la salud, salud ambiental, control de vectores y nutrición.
- 3.4 El financiamiento del MINSA actualmente proviene de ingresos generales e impuestos especiales del fisco (67%) y de transferencias del Fondo de Asignaciones Familiares (33%) ^{10/}. Estos ingresos representaron en 1991 un 0,7% del PIB y un 11% del gasto del sector público.

b. Caja Costarricense de Seguro Social

- 3.5 La Caja Costarricense de Seguro Social es responsable, por mandato constitucional, de brindar a sus 2,5 millones de afiliados (84% de la población) ^{11/} y a los indigentes asegurados por el Estado, servicios de recuperación y rehabilitación de la salud, además de colaborar con las actividades de promoción y prevención del MINSA. Cuenta para ello con 30 hospitales que reúnen casi 7.000 camas y que representan el bulto de la capacidad instalada del país, y 240 clínicas, un 30% de las cuales están integradas con centros de salud del Ministerio de Salud. Estas instalaciones son operadas por una fuerza laboral de aproximadamente 21,000, que generan un 98% de los egresos y 70% de las consultas del país.
- 3.6 Para sufragar la operación de esta red depende de un financiamiento tripartita de obreros (5,5% del salario), patronos (9,25% de

^{10/} Este Fondo se nutre de ingresos tributarios determinados por Ley para acciones de tipo social (hogares de niños, asistencia económica, servicios de salud, etc.).

^{11/} CCSS, Memorial Anual de 1991, San José, Costa Rica

planilla) y del Estado (0,25% de planillas); y de aportes de la Junta de Protección Social de San José para los hospitales. Además, percibe ingresos por la venta de servicios al Instituto Nacional de Seguros (INS) y otras entidades, que llega a representar un 13% de los ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

- 3.7 El Programa de Maternidad y Enfermedad incluye, además de servicios asistenciales a los afectados por enfermedades y accidentes comunes, programas de atención del niño sano, de atención integral al adolescente y de médico de cabecera. Además, la CCSS desde principios de 1992 viene negociando la absorción de las actividades de riesgos profesionales que maneja el Instituto Nacional de Seguros (INS). Estas incluyen la prevención de accidentes de trabajo y de tránsito, y la prestación de servicios médicos curativos y de rehabilitación a los víctimas de accidentes de los tipos descritos. Su cobertura alcanzaba un 100% de la población para efectos de accidentes de tránsito y casi la mitad de la población económicamente activa para los riesgos profesionales. El INS opera 16 dispensarios médicos, 1 consultorio central y 1 centro de rehabilitación que producen el 3% de las consultas del país, además de financiar servicios prestados por la CCSS y el sector privado.

c. Sector Privado

- 3.8 El sector privado consiste básicamente de clínicas privadas y de una capacidad reducida de hospitalización, concentrados en San José, con muy poca coordinación con el sistema público de atención, y que producen apenas un 10% de las consultas médicas y 2% de los egresos hospitalarios. El ejercicio privado es regido por el Colegio de Médicos y Cirujanos conforme a disposiciones legales y reglamentarias, pero faltan normas específicas para su desarrollo, organización y control de calidad.

B. Desequilibrio, Duplicación e Integración MINSA - CCSS

- 3.9 A lo largo de los años ha ido aumentando el desequilibrio entre la CCSS y el MINSA, dado por la solvencia de la primera frente a la pobreza fiscal del segundo, que ha sido motivo de fricciones e ineficiencia. Entre sus consecuencias más notables figuran el debilitamiento progresivo del Ministerio de Salud como rector, la duplicación de servicios (curativos) y estructuras administrativas de los servicios locales de salud, y el reforzamiento de la dicotomía curativa-preventiva.
- 3.10 Legalmente, todo establecimiento de servicios de salud está sujeto a la autoridad rectora del Ministerio de Salud para su instalación y operación, pero el MINSA, por haber concentrado sus esfuerzos y recursos en la prestación de servicios, no ha alcanzado un desarrollo institucional que le permita cumplir su papel rector, destacándose la falta de información e instrumentos técnicos, administrativos, financieros y jurídicos efectivos para este

propósito. Entre éstos, falta desarrollar y viabilizar la capacidad del Ministerio de utilizar los distintos aportes del Estado a la CCSS para influir en el cumplimiento de las políticas de salud y normas de calidad por la CCSS.

- 3.11 Este desequilibrio y duplicación llevó el Gobierno a principios de los años setenta a diseñar un proceso de integración progresiva de las dos instituciones. En la práctica este proceso ha avanzado con la absorción de todos los hospitales del sector público por la CCSS (1973) y la integración física (1982) de los recursos de atención ambulatoria del MINSA y de la CCSS en Centros Integrados de Salud (31 hasta ahora)(que no alteró las estructuras administrativas duplicadas en un mismo espacio físico). Estas relaciones se han formalizado a través de una serie de convenios (1984, 1989, 1992) que progresivamente han ido definiendo los roles y las responsabilidades de cada institución, y han establecido lineamientos para la consolidación del proceso iniciado hace dos décadas. Tal como se pudo comprobar en una evaluación reciente 12/, quedan por operativizarse las soluciones de algunos aspectos de orden práctico (v.g., la unificación de estructuras administrativas y mando, la equiparación de escalas salariales, cultura preventiva en la CCSS), contempladas en la operación aquí propuesta.

B. Deterioro del Sistema de Salud

- 3.12 Las situaciones antes descritas se han asociado a un deterioro de la capacidad preventiva, resolutive y gerencial del sistema de salud, y ha generado ineficiencias sustantivas en el uso de los recursos del sector. Estas se deben fundamentalmente a restricciones financieras, operativas y gerenciales de la capacidad de la CCSS de responsabilizarse por la atención personal preventiva y asistencial, entre las cuales se destacan: (i) aspectos de la organización y prestación de servicios que limitan el acceso de los usuarios (por ejemplo, prolongados tiempos de espera para atención especializada, deficiencias en la relación médico-paciente); (ii) la carga financiera de un alto componente de tecnología e insumos importados; (iii) la debilidad gerencial local asociada a la centralización de autoridad administrativa y financiera, pese a algunas iniciativas de desconcentración de funciones; (iv) deficiencias en los sistemas de evaluación y control; y (v) deficiencias en la planificación, formación, administración y distribución de recursos humanos.
- 3.13 El Plan Nacional de Desarrollo 1990-94 establece lineamientos para el sector salud en materia de modernización, racionalización, reforma y reestructuración institucional del aparato Estatal y sus

12/ Ministerio de Salud, "Evaluación del Grado de Desarrollo del Proceso de Integración / Coordinación entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1992

recursos, acorde a criterios de eficiencia que aseguren que el gasto social se dirija prioritariamente a los grupos de menores ingresos. Esta visión se ha concretado en un Plan de Reforma del Sector Salud (Ver Capítulo I) que refleja un consenso político y técnico sobre aspectos críticos (v.g., continuidad del proceso de integración, nuevas modalidades de atención). Para llevar estos a la práctica, el país ha solicitado el apoyo del BID, del Banco Mundial y de la Oficina Sanitaria Panamericana.

IV. Región de Atracción del Hospital de Alajuela

- 4.1 El área de influencia del Hospital de Alajuela (que data de 1883) alberga una población de 350.000 en sus 9.753 km², 15 cantones y 107 distritos, que debe llegar a tener unos 500.000 habitantes en el año 2005. Su influencia directa abarca cinco cantones (Central, San Mateo, Poás, Orotina y Garabito) con 56% de la población; y la indirecta reúne el 44% restante en otros cinco cantones (San Ramón, Naranjo, Palmares, Alfaro Ruiz y Valverde Vega). Esta población es mayormente rural (60% área directa, 72% área indirecta), con un alto grado de dispersión (36% área directa, 55% indirecta). El mayor crecimiento (1984-90) se dio en el Cantón Central (21,5%), S. Pedro Poás (28,1%), San Ramón (12,2%) y Grecia (11,2%), debido, entre otros factores, a sendos proyectos importantes de vivienda en dos de estos cantones.
- 4.2 La desventaja relativa de los cantones del área de influencia del Hospital de Alajuela con respecto al resto de la Región Central Norte a que pertenece el Hospital ^{13/} viene determinada por: (i) la elevada tasa de mortalidad infantil (especialmente cantones S. Mateo, Garabito y Alfaro Ruiz); (ii) la baja cobertura de la CCSS (S. Mateo, Garabito, S. Ramón, Palmares, A. Ruiz y Valverde Vega); (iii) la deficiencia de servicios básicos a las viviendas; (iv) las tasas elevadas de desocupación (9,4%)(Orotina) y analfabetismo (Orotina, S.Mateo, Garabito); y (v) la contaminación de la red pública de agua en el cantón central de Alajuela. Los niveles de saneamiento llegan a ser preocupantes en algunas zonas del área descrita, encontrándose unos 496 tugurios y hasta un 30% de la población sin agua potable.
- 4.3 La población del área de referencia es fundamentalmente una población adulta, con componentes importantes tanto en edad productiva (60%) como de la tercera edad (7,4%). El perfil epidemiológico es congruente con esa composición demográfica, ya que presenta tasas elevadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (8,4/10.000), accidentes, envenenamientos y violencias, y enfermedades respiratorias agudas (1,6). El carácter industrial (actividades comerciales e industriales riesgosos para

^{13/} La red de la Región Central Norte cuenta con 8 hospitales (incluyendo al HA), 25 clínicas de la CCSS, 27 centros salud y 80 puestos de salud del Ministerio de Salud.

la salud: matadero, fábrica de jabón) de la zona de Alajuela contribuye a esta patología.

- 4.4 La red de servicios de salud lo integran el HA, 2 hospitales periféricos (área indirecta), 11 (6 directa y 5 indirecta) clínicas integradas, 1 clínica de la CCSS, 1 centro de salud, 1 clínica del INS y 2 puestos de salud. La comunidad participa activamente en la dinámica del sector salud, ya que cuenta con un número elevado de grupos de acción social orientados a la salud.
- 4.5 El mismo Hospital de Alajuela se encuentra en un estado avanzado de deterioro y obsolescencia, situación que se ha hecho más urgente a raíz del terremoto ocurrido a fines de 1990 que ocasionó daños serios al hospital actual. Es importante señalar que este hospital de hecho constituye un riesgo ambiental importante, hasta el punto que durante 1989 fue necesario clausurar el hospital por un tiempo debido a la contaminación del agua potable de Alajuela por daños en el sistema de aguas negras del hospital. Estas limitaciones de su capacidad resolutive se han agravado ante la inadecuada distribución de los espacios disponibles, la imposibilidad de ampliación, y la baja productividad del personal. Ya se ha iniciado un programa de fortalecimiento de la gerencia del Hospital de Alajuela, con el apoyo de la OPS, y cuyas acciones podrían llevar la eficiencia del mismo en el nuevo edificio a un nivel aceptable.
- 4.6 A consecuencia de todo esto, el HA no ha podido atender más que el 65% de la demanda del área directa (ver Anexo V-2), refiriendo el 35% de la misma a los hospitales nacionales (Cirugía=54%, Medicina=48%, Pediatría=40%). Además, un 31% de los egresos de hospitales periféricos (del área indirecta) se desvía directamente a los hospitales nacionales (HSR solo atiende un 10%). También se han prolongado los períodos de espera de la consulta especializada entre 3 y 12 meses (6-12: rehabilitación, urología, vascular periférico; 3-6: cardiología, endocrino, gastro, neuro, med. interna, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, siquiatria). La actividad preventiva es muy limitada.

V. Regiones de la Muestra y Universo de Centros y Puestos de Salud

- 5.1 La muestra cubre unos 11 cantones en 3 regiones (Pacífico Central, Chorotega, Brunca) y 188.000 (187.849) habitantes (Detalles disponibles en archivos de PRA). Esta población, un promedio de 82% (d.t. de +/- 14,2%) de la cual está por debajo del nivel de pobreza, reside en el área de influencia de 3 centros y 23 puestos de salud. El universo para el resto de las obras contempladas en el programa (11 centros y 119 puestos) se circunscribe a los 30 cantones prioritarios ya identificados.

UNIDAD EJECUTORA DEL PROGRAMA

Con el objeto de ejecutar el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, se ha conformado una Unidad Ejecutora del Proyecto. Que estará localizada en la Dirección de Planificación Institucional de la CCSS. La organización y funcionamiento de esta unidad se indican a continuación.

La Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP) será el órgano principal responsable de la ejecución eficaz y oportuna del programa, a financiar por el BID y que responderá al Consejo de Coordinación Central que estará constituido por el Ministro de Salud, el Presidente Ejecutivo CCSS y el Ministro de Planificación.

Este nivel político superior tendrá las siguientes responsabilidades:

- a. analizar los avances de la ejecución del programa;
- b. coordinar los esfuerzos de las diferentes instituciones participantes con el fin de apoyar la labor de la UEP y tomar las decisiones políticas necesarias para la adecuada ejecución del Programa.

I. OBJETIVOS DE LA UEP

1.1 La UEP tendría como funciones principales:

- a. Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar el Programa.
- b. Coordinar acciones; con las dependencias intra y extra institucionales, que se relacionan con los objetivos y ejecución del Programa.

II. DIRECCIÓN DEL PROGRAMA

Funciones del director de la unidad ejecutora:

2.1 El Director de esta Unidad tendrá las siguientes funciones:

- a. Dirigir, coordinar, supervisar y responder por el desarrollo técnico, financiero y administrativo del Programa.
- b. Coordinar la ejecución del Programa y supervisar el cumplimiento del mismo por parte de las unidades operativas específicas.
- c. Servir de enlace entre el BID, la CCSS y el MINSA para la ejecución de los componentes financiados por el BID.

- d. Presentar los documentos e informes de tipo legal, técnico, administrativo y financiero requeridos por el Banco, respecto a la preparación, ejecución, avance y evaluación de los componentes.
- e. Presentar las solicitudes de desembolso al Banco cumpliendo con lo estipulado por los respectivos contratos de préstamo.
- f. Someter a consideración de las autoridades superiores, las solicitudes de desembolsos de las contrapartidas nacionales.
- g. Participar en el estudio de las licitaciones y concursos de ofertas, de conformidad con las estipulaciones de los contratos del BID, sus anexos, las leyes y reglamentos nacionales sobre licitaciones.
- h. Someter para la aprobación del Banco, antes de las licitaciones, los planos definitivos de la infraestructura física a reparar o construir, documentos de licitación y otros previstos en los contratos para la ejecución de obras, adquisición y contratación de bienes y servicios.
- i. Garantizar un sistema contable y financiero actualizado, que permita un control adecuado de las operaciones y plan de inversiones del proyecto.
- j. Supervisar la ejecución de los componentes, consultorías de apoyo técnico, la adquisición y/o instalación de equipos, materiales, mobiliario, bienes y servicios.
- k. Presentar semestralmente a las autoridades superiores los informes de ejecución de los componentes.
- l. Presentar anualmente al BID, los estados financieros del proyecto, de acuerdo a las cláusulas de los contratos de préstamo.
- m. Mantener informados a las autoridades y al Banco, respecto la marcha del proyecto en los aspectos técnicos, administrativos y financieros.

III. COMITE EJECUTIVO INTERINSTITUCIONAL

- 3.1 Este Comité será el órgano de enlace funcional encargado de reunir, compatibilizar y maximizar los recursos de ejecución disponibles en la CCSS y MINSA. Estará conformado por el Director de la UEP quien actuará como Secretario Ejecutivo, los Gerentes de la División Médica y de Operaciones de la CCSS, la Dirección General de Salud (MINSA) y los coordinadores de las áreas de Programación y Control, y Administrativo-Financiero, y los responsables específicos de las Unidades Operativas, los cuales se reunirán una vez al mes.

IV. AREA DE PROGRAMACION Y CONTROL

- 4.1 Esta área será la encargada de servir de enlace técnico entre el Director de la UEP y las dependencias encargadas de la ejecución específica de los componentes del Programa. Estará conformada por un coordinador y dos especialistas en proyectos y un economista.

Funciones

- 4.2 Desarrollar y aplicar un sistema de coordinación operativa permanente entre la Unidad Ejecutora y las unidades operativas específicas de cada componente.
- 4.3 Diseñar y aplicar la metodología de evaluación anual y expost de los objetivos y metas de cada uno de los componentes del Proyecto y de Evaluación Costo-Eficiencia de la selección de Puestos y Centros de Salud del componente de infraestructura física del Ministerio de Salud.
- 4.4 Participar en la elaboración del Plan Operativo Anual del Proyecto.
- 4.5 Elaborar en coordinación con las distintas unidades operativas, el Plan de Monitoreo, Control y Evaluación de los componentes del Proyecto.
- 4.6 Presentar informes semestrales al Director del Proyecto sobre la marcha general de los componentes del Programa y sobre las evaluaciones específicas.

V. AREA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

- 5.1 Será la responsable de Administrar los recursos del préstamo, y de la contrapartida local. También se encargará de todos los trámites administrativos-contables, la administración de personal y dar el soporte logístico requerido para operar el proyecto eficientemente.
- 5.2 Estará conformado por el coordinador del área y dos especialistas responsables de: Licitaciones y Adquisiciones, Contabilidad y trámite de pagos.
- 5.3 Recibirá el apoyo de la Unidad de Auditoría interna de la CCSS, para las labores de auditoría.

Funciones

- 5.4 Las funciones a cumplir serán las siguientes:

a. De los Servicios Generales

- 5.5 Establecer procedimientos apropiados para la compra de bienes y servicios menores.

- 5.6 Proporcionar servicios de secretaría y apoyo logístico a las distintas áreas de la U.E.P.
- 5.7 Encargarse de trámites de viáticos y solicitud de vehículos al personal que requiera trasladarse como parte de la ejecución del proyecto.

b. De las licitaciones y adquisiciones

- 5.8 Montar las licitaciones, adquisiciones y concurso de ofertas, de conformidad con las disposiciones contractuales, legales y reglamentarias.
- 5.9 Mantener una lista actualizada de proveedores, tanto nacionales como internacionales.
- 5.10 Coordinar su labor en materia de adquisiciones con las unidades operativas del proyecto.

c. De los aspectos financiero contable

- 5.11 Establecer sistemas de control interno a fin de verificar las operaciones efectuadas por la U.E.P., comprobando su adherencia a las leyes y reglamentos específicos, establecidas para el Programa con el apoyo de la unidad de auditoría interna de la CCSS.
- 5.12 Facilitar a los auditores externos la información y colaboración necesaria para el cumplimiento de sus funciones.
- 5.13 Implementar el sistema contable y el registro financiero del proyecto.
- 5.14 Elaborar el plan anual financiero-contable.
- 5.15 Preparar las solicitudes de desembolsos del proyecto; así como la constitución del Fondo Rotatorio.
- 5.16 Preparar los estados financieros y reportes relacionados con el proyecto y/o sus componentes.
- 5.17 Coordinar con los responsables de Areas y las Unidades Operativas de los componentes todo lo relacionado a aspectos presupuestarios.

VI. UNIDADES OPERATIVAS

- 6.1 Serán las diferentes dependencias de la CCSS y del MINSA a quienes se les ha asignado la responsabilidad de ejecutar los componentes del Proyecto (Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud e Infraestructura Física). Estas dependencias tienen su propia naturaleza funcional y dentro del Programa tendrán la responsabilidad de ejecutar actividades propias del Programa.

- 6.2 Cada Unidad Operativa tendrá funcionarios que formarán un grupo nuclear y estarán asignados directamente al Programa a tiempo completo y durante este tiempo tendrán una dependencia directa del Director del Programa. Además, contará con el apoyo de otros funcionarios en el momento que se requiera.

VII. UNIDAD OPERATIVA DEL COMPONENTE DE REESTRUCTURACION DEL MINISTERIO DE SALUD

- 7.1 Este componente será ejecutado por la Dirección de Desarrollo de Sistemas de Salud, del Ministerio de Salud, para lo cual se han destinado 10 funcionarios a tiempo completo como grupo nuclear, además recibirán el apoyo de otros profesionales del MINSA cuando así se requiera.

Funciones

- 7.2 Ejecutar las actividades indicadas en el componente.
- 7.3 Elaborar el Plan Anual de Actividades de este componente con su respectivo cronograma.
- 7.4 Presentar informes semestrales de las actividades desarrolladas.
- 7.5 Brindar la información requerida por Programación y Control y la Administración.
- 7.6 Participar en las reuniones del Comité Coordinador cuando así se requiera.

VIII. UNIDAD OPERATIVA DEL COMPONENTE DE INTEGRACION DE SERVICIOS

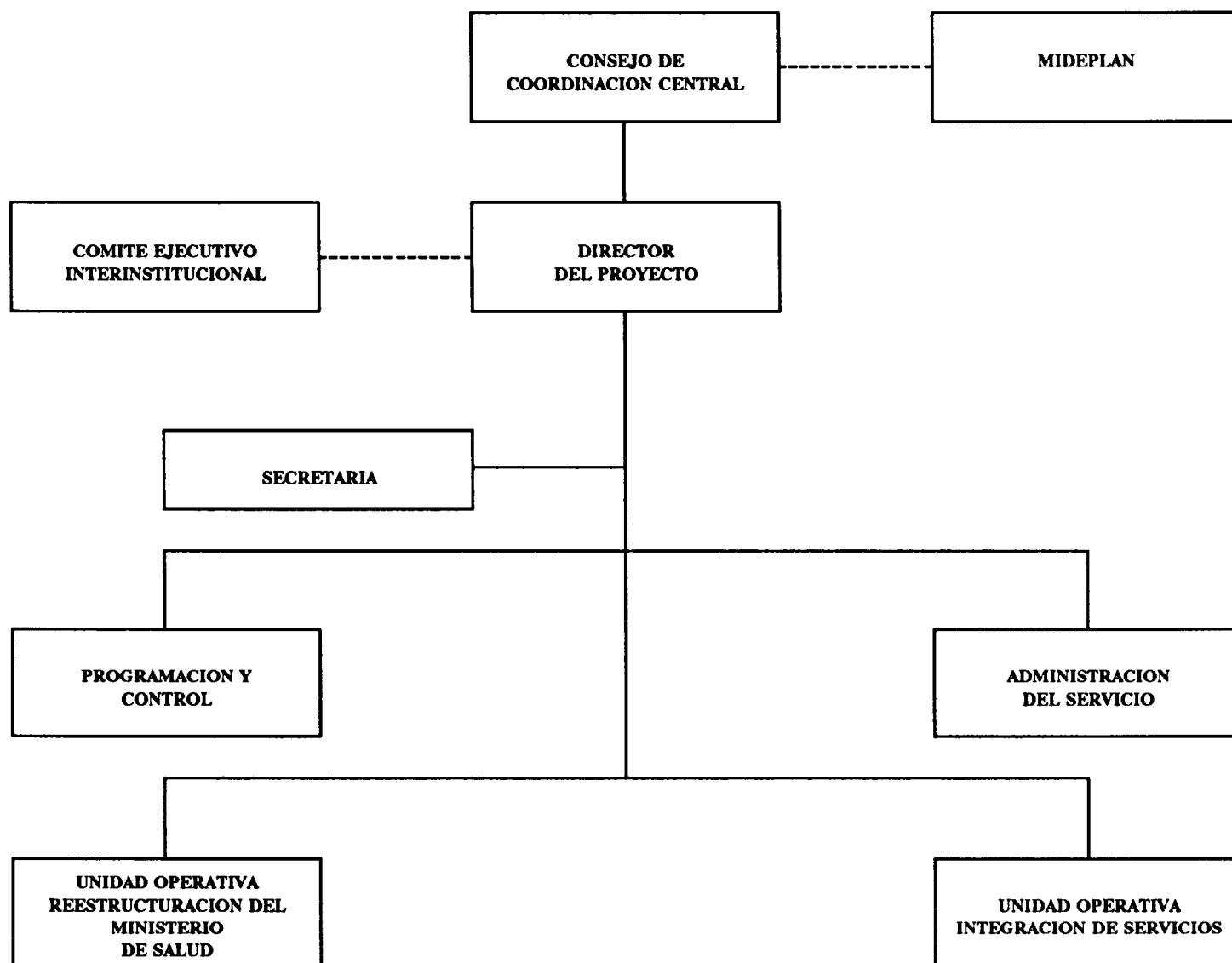
- 8.1 Este componente será ejecutado por 5 funcionarios de la Dirección de Arquitectura de la CCSS y 10 del Ministerio de Salud. El grupo de la CCSS se encargará de todos los aspectos relacionados con la construcción del Hospital de Alajuela y al grupo del Ministerio de Salud le corresponderá lo pertinente a Puestos y Centros de Salud.

Funciones

- 8.2 Colaborar con la U.E.P. en todo aquello que tenga relación con la ejecución física del programa de obras.
- 8.3 Supervisar la elaboración de los planos finales de Arquitectura e Ingeniería con sus respectivas especificaciones y velar por el cumplimiento de las mismas.
- 8.4 Supervisar la ejecución física de las obras.
- 8.5 Inspeccionar periódicamente las obras en construcción.
- 8.6 Coordinar las obras en las distintas regiones en que éstas se desarrollan.

- 8.7 Revisar, aprobar y controlar las cuentas presentadas en la contratación de cualquier trabajo para las obras.
- 8.8 Colaborar en la preparación de los informes que se presentarán al BID. De igual forma elaborar aquellos que le soliciten las áreas de la U.E.P.
- 8.9 Velar porque se cumpla dentro de los plazos fijados el plan de inversiones de las obras.
- 8.10 Coordinar con el encargado de licitaciones lo referente a compra e instalación de equipo.

**UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO
MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
JULIO 1992**



REESTRUCTURACION DEL MINSA

CRONOGRAMA Y TERMINOS DE REFERENCIA DE CONSULTORES

El apoyo al componente de reestructuración de MINSA consistiría en asistencia técnica (consultoría y capacitación) en cuatro áreas centrales de acción, a saber: (i) la definición de las funciones estratégicas del Ministerio de Salud, y de sus relaciones con las demás instituciones del sector; (ii) la definición del perfil funcional operativo, de la estructura organizativa, del esquema de financiamiento y estructura presupuestaria del MINSA y de los cambios indispensables en la legislación vigente; y (iii) la definición de los sistemas para la rectoría del sector, de los programas que continuaría operando el Ministerio, de un modelo global para su articulación efectiva y la consolidación y ejecución de un plan de desarrollo institucional y capacitación como expresión operativa de la propuesta de reforma del MINSA.

Para estos fines se requerirán unos 180 meses-persona de consultoría (141,5 nacionales y 38,5 internacionales), unas 175 becas nacionales (168) e internacionales (7), a un costo total estimado de US\$3,7 millones, conforme al detalle en el siguiente cuadro

DETALLE DE LA DISTRIBUCION DE BECAS	
AREA TECNICA	N° DE BECAS
Maestría en Salud Pública	40
Maestría en Administración Pública	15
Maestría en Ingeniería Sanitaria	7
Maestría en Recursos Humanos	8
Maestría en Planificación Estratégica	10
Maestría en Administración de Empresas	5
Maestrías en Epidemiología	3
Maestrías en Informática y Computación	3
Maestrías en Investigación	2
Maestrías en Economía de la Salud	2
Diploma en Saneamiento Ambiental	80
Total	175

PRESUPUESTO DEL COMPONENTE DE REESTRUCTURACION			
RUBRO	GCR LOCAL	BID	TOTAL
Consultores Internacionales		<u>393.000</u>	<u>393.000</u>
Honorarios		193.000	193.000
Viajes internacionales		38.000	38.000
Viajes nacionales		12.000	12.000
Viáticos		150.000	150.000
Consultores nacionales	<u>318.000</u>	<u>857.000</u>	<u>1.175.000</u>
Honorarios	238.000	847.000	1.085.000
Viajes nacionales		10.000	10.000
Viáticos	80.000		80.000
Impresos y Publicaciones	2.000	90.000	92.000
Materiales y Suministros	75.000		75.000
Becas y estipendios		615.000	615.000
Talleres	118.000		118.000
Equipos (Hardware y software)		1.495.000	1.495.000
Planta física (remodelación)		207.000	207.000
TOTAL	513.000	3.657.000	4.170.000

[illegible][illegible]

CRONOGRAMA DE CONTRATACION DE CONSULTORES POR COMPONENTE

[illegible]

I. COMPONENTE DESARROLLO DE FUNCIONES ESTRATEGICAS DEL
MINISTERIO DE SALUD

CONSULTOR NACIONAL (1)

1. Objetivo

- 1.1 Asistir al grupo responsable del componente del desarrollo de las funciones estratégicas del Ministerio de Salud que cumpla el siguiente objetivo general: presentar al grupo varias opciones o alternativas que permitan articular y relacionar las instituciones del sector salud con el órgano rector.

2. Producto

- 1.2 Una propuesta que incluya la definición de los roles, las instancias y los mecanismos de relación entre el Ministerio de Salud y las instituciones del sector salud: CCSS, ICAA, INS, Universidades, IAFA, INCIENSA, y MIDEPLAN. Colateralmente aquellas instituciones de otros sectores tales como: Ministerio de Ciencia y Tecnología y Ministerio de Educación, que garantice al órgano rector el cumplimiento de sus funciones tales como: dirección, conducción y coordinación sectorial.

3. Tareas

- a. Revisar bibliografía sobre estudios existentes en materia de organización y funcionamiento de los ministerios de salud en su rol rector, así como el análisis de las experiencias similares logradas por otros países en este campo.
- b. Diseñar alternativas que contengan los diferentes mecanismos de relación entre las instituciones que conforman el sector salud y el órgano rector, que garanticen el efectivo ejercicio de esa competencia.
- c. Integrar y sistematizar el resultado de las entrevistas realizadas a informantes claves con el producto de la revisión bibliográfica y el propio del grupo de trabajo, con el propósito de identificar las opciones viables y factibles; y elaborar la propuesta definitiva que contenga los mecanismos de relación entre el órgano rector y las instituciones que conforman el sector.
- d. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos.

4. Duración

- 1.3 Dos meses y medio consultor nacional a partir del 16 de setiembre de 1992.

5. Perfil profesional

- 1.4 Profesional del campo de la salud, la economía, la planificación, la administración de los servicios de salud con una experiencia de 10 años en alta dirección política de programas instituciones del sector salud.

II. COMPONENTES ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL,
FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO

A. SUBCOMPONENTE ORGANIZACION

CONSULTOR NACIONAL (2)

1. Objetivo

- 2.1 Apoyar al grupo nacional en el proceso de elaboración del perfil de las funciones operativas de las diferentes unidades del Ministerio de Salud, en sus niveles de gestión central, regional y local; así como en la formulación de la correspondiente estructura organizacional.

2. Producto

- 2.2 Modelo que describa las funciones operativas de las diferentes unidades administrativas del MINSA, para los niveles central, regional y local, a partir de los contenidos del perfil funcional elaborado en el componente No. 1.
- 2.3 Modelo de Estructura Organizacional, a partir de la descripción de las funciones operativas del MINSA y su correspondiente Manual de Organización y funciones y un Manual operativo para sus futuros programas.

3. Tareas

- a. Revisar material bibliográfico y otros antecedentes sobre estudios existentes en el Ministerio de Salud sobre esta temática.
- b. Adecuar la información existente en los estudios ya realizados conforme a los contenidos del componente número 1 del Proyecto.
- c. Elaborar una propuesta de perfil de funciones operativas del MINSA a todo nivel de gestión, el Manual de Organización y Funciones y el Manual Operativo para la creación de futuros programas de salud e instituciones adscritas.

- d. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 2.4 Cuatro meses: dos meses a partir del 1 de noviembre al 31 de diciembre de 1992 y dos a partir del 1 de febrero al 31 de marzo de 1993.

5. Perfil profesional

Profesional en las áreas de Administración, Planificación o Ingeniería de Sistemas, con especialidad en análisis administrativo y desarrollo organizacional, preferentemente en el Sector Público; experiencia mínima tres años.

B. SUBCOMPONENTE FINANCIAMIENTO Y ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA

CONSULTOR NACIONAL (3)

1. Objetivo

- 2.5 Apoyar al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en el proceso de formulación del modelo de financiamiento para el Ministerio de Salud, garante de viabilidad política y factibilidad técnica, así como en total correspondencia y complementación con el modelo de financiamiento sectorial.
- 2.6 Apoyar al equipo técnico nacional, en el proceso de elaboración del modelo de estructura presupuestaria para el Ministerio de Salud en sus tres niveles e gestión, a partir de la apertura programática y del modelo de atención en Salud.

2. Producto

- 2.7 Formulación del modelo de financiamiento del MINSA y su relación con el modelo de financiamiento sectorial; y el modelo de estructura presupuestaria en sus tres niveles de gestión.

3. Tareas

- a. Sistematizar y estudiar la información existente sobre administración financiera contenida en diagnósticos, propuesta de modelos y otras instancias.

- b. Identificar y analizar los ingresos viables y factibles necesarios para el desarrollo institucional del Ministerio y para el ejercicio de su función rectora.
- c. Identificar las nuevas fuentes de captación de recursos financieros y diseñar los mecanismos y procedimientos administrativos necesarios para su fijación, asignación y control de los mismos.
- d. Coordinar con las instancias jurídicas institucionales para el establecimiento de los procedimientos y normas legales necesarios para el efectivo desarrollo del modelo.
- e. Sistematizar y analizar la información sobre aspectos conceptuales y metodológicos en el área presupuestaria y en el desarrollo organizacional.
- f. Apoyar al grupo nacional en la realización del diagnóstico sobre la estructura presupuestaria actual del MINSA.
- g. Identificar las estrategias para diseñar la estructura presupuestaria para el MINSA; a partir de la apertura programática.
- h. Apoyar al grupo nacional en el diseño y elaboración de la Estructura Presupuestaria, acorde con el modelo de atención en Salud y Apertura Programática.
- i. Diseñar y elaborar los subsistemas de producción, rendimiento, recursos y costos.
- j. Participar con el grupo nacional en la implantación del modelo de estructura presupuestaria definida; en los diferentes niveles de gestión del MINSA.
- k. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la actividad y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 2.8 Siete meses a partir del 15 de setiembre de 1992 hasta el 15 de abril de 1993 y ocho meses a partir de 1 de mayo de 1993.

5. Perfil profesional

- 2.9 Profesional en Economía, con especialidad en Administración y Planificación Financiera en el Sector Público; experiencia mínima tres años.

CONSULTOR INTERNACIONAL (1)

1. Objetivo

- 2.10 Brindar asesoría técnica y apoyo al grupo nacional en coordinación con el consultor nacional, al cual supervisará, a fin de orientarlo en el proceso de formulación del Modelo de Financiamiento, garante de viabilidad política y factibilidad técnica, así como en total correspondencia y complementación con el modelo de financiamiento sectorial.
- 2.11 Brindar asesoría técnica y apoyo al grupo nacional en coordinación con el consultor nacional, en el proceso de elaboración del modelo de estructura presupuestaria para los diferentes niveles de gestión del MINSA, a partir de la apertura Programática y el modelo de atención en salud.

2. Producto

- 2.12 El modelo de financiamiento del MINSA y su relación con el modelo de financiamiento sectorial; y el modelo de estructura presupuestaria del MINSA por niveles.

3. Tareas

- a. Analizar los aspectos cualitativo y cuantitativo de los recursos financieros del Ministerio de Salud, a partir del Modelo de Atención en Salud y de la apertura programática.
- b. Analizar la viabilidad y factibilidad de las posibles fuentes de financiamiento para el MINSA, a partir del Modelo de Financiamiento del Sector Salud.
- c. Supervisar las tareas y los productos elaborados por el consultor nacional en su área.
- d. Apoyar técnicamente y coordinar al grupo nacional en el diseño y elaboración de los diferentes componentes del modelo de financiamiento del Ministerio.
- e. Definir las estrategias necesarias para elaborar la estructura presupuestaria.
- f. Elaborar en conjunto con el grupo nacional, el modelo de estructura presupuestaria, bajo los principios de una administración flexible y descentralizada.
- g. Diseñar y elaborar los Subsistema de producción, rendimientos, recursos y costos que permita el control y distribución de recursos en el MINSA.

- h. Proveer Asesoría Técnica necesaria para realizar la implantación de la propuesta de estructura presupuestaria diseñada; en los diferentes niveles de gestión del MINSA.
- i. Asesorar al grupo que está elaborado los indicadores de evaluación del impacto económico financiero del proyecto, en la realización de la misma.
- j. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la actividad y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 2.13 Duración total de la consultoría once meses, en dos momentos que a continuación se describen: Cinco meses a partir del 15 de noviembre de 1992 y seis meses a partir del 1 de julio de 1993. El consultor tendrá el apoyo del grupo nacional y del consultor nacional durante su trabajo.

5. Perfil personal

- 2.14 Profesional en Finanzas, con maestría o doctorado en Administración y Planificación Financiera en Salud; experiencia mínima diez años.

III. COMPONENTE DESARROLLO INSTITUCIONAL

CONSULTOR NACIONAL (4)

1. Objetivo

- 3.1 Apoyar técnicamente al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en la elaboración del nuevo marco conceptual y el diseño del sistema de vigilancia y planificación de la salud en sus diferentes niveles..

2. Producto

- 3.2 El sistema de vigilancia y planificación de la salud conceptualizado y diseñado.

3. Tareas

- a. Revisar la bibliografía sobre aspectos conceptuales, relacionados con el tema de vigilancia y planificación de la salud.

- b. Definir los conceptos metodológicos y operativos (alcance de las funciones), en áreas como: análisis de situación de salud; vigilancia epidemiológica; enfoque de riesgos; estrategias de intervención; todo lo anterior en función del perfil epidemiológico nacional, caracterizado por las enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, accidentes, patología social y deterioro ambiental, entre otras.
- c. Definir los conceptos metodológicos y operativos (alcance de la función) en áreas como: diagnóstico situacional, priorización y jerarquización de problemas, estrategias de intervención, análisis de factibilidad y viabilidad, programación local, control y evaluación.
- d. Diseñar y elaborar el sistema de vigilancia y planificación de la salud en los siguientes aspectos: marco operativo y funcional, procedimientos e instrumentos para su ejecución, mecanismos de control y evaluación para su actualización y modernización permanente; determinación de necesidades y productos de información.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la actividad y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 3.3 2 meses, a partir del 1 de octubre de 1992, 2 meses y medio, a partir del 1 de julio de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.4 Profesional de la salud o administrador público con especialidad en salud pública, epidemiología o planificación, con experiencia mínima de cinco años de haber laborado en instituciones responsables de la dirección y conducción de la salud.

CONSULTOR NACIONAL (5)

1. Objetivo

- 3.5 Apoyar técnicamente al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en la elaboración del nuevo marco conceptual y el diseño del sistema de regulación, control y evaluación.

2. Producto

- 3.6 El sistema de regulación, control y evaluación conceptualizado; términos referencia para el diseño del sistema; y el sistema diseñado.

3. Tareas

- a. Revisar la bibliografía y experiencia sobre aspectos conceptuales relacionados con la regulación, control y evaluación de los sistemas de salud públicos y privados.
- b. Definir los conceptos en el área de regulación, control y evaluación en aspectos como: normas de atención a las personas y al ambiente; de la atención y protección del ambiente humano; producción, uso y distribución de medicamentos, drogas, alimentos y sustancias tóxicas; acreditación de establecimientos de salud y afines, tanto públicos como privados; investigación y desarrollo tecnológico; comunicación social en salud; economía y financiamiento de la salud (costos de los medicamentos, accesibilidad a las prestaciones privadas de la salud); control de la ejecución de los programas estratégicos de salud pública del MINSA; evaluación del impacto de los programas de salud de las instituciones de salud pública y privadas; inversiones para desarrollo de la infraestructura en salud, y regulaciones de seguridad sanitaria y de protección a las personas en la inversión de edificios públicos y de hábitat.
- c. Diseñar y elaborar los sistemas de regulación, control y evaluación en aspectos como; marco operativo y funcional, procedimientos, mecanismos de relaciones internas y externas, relaciones con los otros sistemas, necesidades y productos de información y los procedimientos de control y evaluación para su actualización y modernización.
- d. Capacitar al grupo nacional en la conducción, administración y gerencia del sistema diseñado.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la actividad y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 3.7 2 meses, a partir del 1 de octubre de 1992, 2 meses y medio a partir del 1 de julio de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.8 Profesional de la salud o administrador público o ingeniería industrial o de sistemas, con especialidad en salud pública o planificación. Experiencia mínima de cinco años de haber laborado en instituciones públicas y privadas, preferentemente en el área de salud.

CONSULTOR NACIONAL (6)

1. Objetivo

- 3.9 Apoyar técnicamente al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en la elaboración del nuevo marco conceptual y el diseño del sistema de investigación y desarrollo tecnológico.

2. Producto

- 3.10 El sistema de investigación y desarrollo tecnológico conceptualizado, los términos de referencia para el diseño del sistema y el sistema diseñado.

3. Tareas

- a. Revisar la bibliografía sobre aspectos conceptuales, y operativos relacionados con el tema de investigación y desarrollo tecnológico.
- b. Definir los conceptos metodológicos y operativos (alcance de la función), en áreas como: investigación científica y operativa en el campo de la salud y de los servicios de salud, planificación de la investigación, la investigación y la administración de los servicios de salud; estructura del subsistema, procedimientos, mecanismos de relación en el subsistema y de éste con los demás; criterios de planificación y priorización del desarrollo tecnológico en salud, su alcance, contenidos, estructura del subsistema y su relación con los otros sistemas, mecanismos de control y evaluación para mantener actualizado el sistema. Elaborar la propuesta del sistema de investigación y desarrollo tecnológico conjuntamente con el consultor internacional y grupo nacional.
- c. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la actividad; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.

4. Duración

- 3.11 1 mes, a partir del 1 de octubre de 1992, 2 meses y medio a partir del 1 de julio de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.12 Profesional de la salud con especialidad en algún campo de la investigación aplicada, con una experiencia mínima de cinco años en el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico de la salud.

CONSULTOR NACIONAL (7)

1. Objetivo

- 3.13 Asesorar y apoyar técnicamente al grupo nacional en el desarrollo del plan de implantación del sistema de información.
- 3.14 Brindar asesoría y apoyo técnico al grupo nacional en materia de formulación de licitaciones de equipo de cómputo a nivel nacional o internacional, con el fin de orientar el proceso de formulación de los términos técnicos para la configuración, evaluación, selección e instalación de los equipos de computación, comunicaciones y periféricos.
- 3.15 Supervisar las actividades y calidad de los productos contratados a la compañía que elaborará y desarrollará los diseños, desarrollo e implantación de los subsistemas de información.

2. Producto

- a. El sistema de información del Ministerio de Salud conceptualizado y diseñado, desarrollado e implantado.
- b. Documento de licitación nacional o internacional; elaboración técnica de ofertas e instalación y puesta en operación de los equipos de computación de MINSA.
- c. Documento propuesta organización e infraestructura física del centro de informática.
- d. Documento propuesta cartera de proyectos.

3. Tareas

- a. Revisión bibliográfica sobre aspectos conceptuales y de experiencias relacionadas con los sistemas de información en salud y de su apoyo para el ejercicio de la rectoría.
- b. Elaborar el marco conceptual del sistema de información en salud, en aspectos específicos como: uso de la información,

procesamiento y flujo, manejo de indicadores, periodicidad, características de la información en áreas de bioestadística, registros médicos y producción; información para el ejercicio de la rectoría, la relación entre este sistema y los sistemas de información de otras instituciones públicas y privadas que conforman el sector; volumen, administración, planificación y control del sistema de acuerdo a los requerimientos de las funciones rectoras, sistemas y los programas estratégicos de salud, la demanda en sus diferentes niveles de gestión.

- c. Elaborar el marco operativo del sistema de información en coordinación con el grupo nacional y la firma consultora respectiva en aspectos como; estructura y funcionamiento; mecanismos de relación entre los sistemas de rectoría y los programas del MINSA y el sistema de información sectorial.
- d. Elaboración del documento de licitación nacional o internacional con base en los requerimientos de los sistemas a desarrollar y la infraestructura computacional y de comunicaciones de apoyo necesaria para la adjudicación de la licitación.
- e. Supervisar el proceso de diseño y desarrollo de los subsistemas de información, velando por el cumplimiento de los plazos y la calidad de los productos.
- f. Supervisar y acompañar el proceso de instalación y puesta en operación de los equipos de computación y comunicaciones, red del sistema, sistemas operativos y ambiente de funcionamiento de los equipos en general.
- g. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada las actividades; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos. El consultor, adicionalmente, deberá presentar los informes correspondientes, si la consultoría es por etapas, para su aprobación por la Unidad Ejecutora.
- h. Supervisar la ejecución de las propuestas de política y lineamientos informáticos, de Organización e Infraestructura Física del Centro de Informática y otras.

4. Duración

- 3.16 2 meses, a partir del 1 de mayo de 1993, 22 meses, a partir del 1 de julio de 1993, en forma periódica.

5. Perfil profesional

- 3.17 Profesional en ingeniería o administración con especialidad en informática o en ciencia de la computación e informática. con experiencia mínima de cinco años en desarrollo de sistemas de

información para instituciones responsables de la dirección y conducción de procesos nacionales y sectoriales.

CONSULTOR INTERNACIONAL (2)

1. Objetivo

- 3.18 Brindar cooperación técnica en conjunto con el grupo de consultores nacionales al grupo nacional, en la elaboración del marco conceptual de los sistemas de rectoría del Ministerio de Salud; y desarrollar capacidad técnica en el grupo nacional en el manejo de conceptos y metodologías en sistemas de salud con énfasis en la rectoría.
- 3.19 Brindar cooperación técnica en conjunto con el consultor nacional al grupo encargado de elaborar el modelo sinérgico de sistemas y programas del Ministerio de Salud en aspectos conceptuales y metodológicos.
- 3.20 Brindar cooperación técnica en conjunto con el consultor nacional al grupo nacional para la formulación del plan estratégico de desarrollo institucional del MINSA y los correspondientes indicadores de control y evaluación.
- 3.21 Brindar cooperación técnica en conjunto con los consultores nacionales al grupo nacional en la elaboración de los sistemas de rectoría del MINSA.

2. Producto

- a. El marco conceptual de los sistemas de rectoría.
- b. Un modelo sinérgico de sistemas y programas del Ministerio rector; y desarrollar capacidad técnica en el grupo nacional encargado de manejar los aspectos conceptuales y metodológicos del modelo.
- c. Un plan estratégico de desarrollo institucional con sus correspondientes indicadores de control y evaluación y desarrollar la capacidad técnica en el grupo nacional encargado de conducir y administrar la ejecución del plan.
- d. Los sistemas de rectoría de la salud diseñados y desarrollar capacidad técnica en el grupo nacional a manejo de conceptos, contenidos y conducción de los mismos.

3. Tareas

- a. Supervisar y coordinar trabajo de los consultores nacionales.
- b. Revisar la bibliográfica conceptual y experiencias relacionadas con el desarrollo de sistemas para el ejercicio de la función

rectora y los programas estratégicos de salud pública de los ministerios de salud.

- c. Elaborar el marco conceptual de cada uno de los sistemas bajo un enfoque integral y sinérgico en aspectos específicos como: contenidos, alcance, estructura, planificación, administración y relaciones a nivel de cada sistema, entre sistemas y de éstos con los sistemas propios de las instituciones públicas y privadas que conforman el sector salud. Dicho marco conceptual deberá tener integralidad pertenencia y coherencia en el manejo de los conceptos en cada uno de los sistemas, a fin de garantizar la máxima calidad conceptual y funcional en el marco de la teoría de sistemas.
- d. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

3.22 Estas tareas se harán en dos meses, a partir del 1 de octubre de 1992.

- e. Elaborar el marco conceptual del modelo sinérgico global para los sistemas y programas del Ministerio Rector, en los aspectos específico como: estructura, contenidos, mecanismos de relación dentro de la institución y con el ambiente, funcionalidad, especificidad por niveles de gestión; análisis estratégico y procesos de flexibilidad en el manejo de conceptos del modelo; definición de los mecanismos de control y evaluación para garantizar su actualización permanente, que le permita ajustarse a los nuevos requerimientos que el ejercicio de la rectoría demande; coherencia y correspondencia entre sistemas de rectoría y programas de salud pública en sus diferentes niveles de gestión.
- f. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial de las tareas hasta ahora desarrolladas a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

3.23 Estas tareas se desarrollaran en cuatro meses y medio a partir del 16 de enero de 1993.

- g. Formular el plan estratégico de desarrollo institucional en aspectos específicos como: integralidad y correspondencia entre los diferentes componentes que conformarán el plan, lograr que los diferentes componentes sean elaborados en forma estratégica garantizando de esta forma la viabilidad y factibilidad para su posterior ejecución, garantizar al máximo de participación de todos los actores comprometidos en la formulación a fin de garantizarle pertinencia, coherencia, factibilidad y compromiso

para la ejecución; garantizar que en la revisión final del plan prevalezca el enfoque estratégico garantizando al máximo la negociación y el consenso de todos los actores sociales comprometidos en el proceso de cambio.

- h. Presentar a la unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial de las tareas realizadas hasta el momento a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos. Estas tareas se desarrollarán en dos meses a partir del 1 de abril de 1993.
 - i. Elaborar los sistemas de conducción, coordinación y dirección; vigilancia y planificación de la salud; investigación y desarrollo tecnológico; regulación control y evaluación; información; recursos humanos y los sistemas internos de gestión.
- 3.24 En aspectos específicos como: Definición del marco operacional a nivel general de los sistemas enunciados anteriormente, haciéndolo explícito en los diferentes niveles de gestión; definición de los procedimientos básicos necesarios para la operación de los diferentes sistemas del MINSA; definición de los mecanismos de control y evaluación para su permanente actualización de acuerdo a los requerimientos que el ejercicio de la rectoría y la gestión de los programas estratégicos de salud pública demanden.
- j. Para cada tarea se deberá dar la correspondiente capacitación al grupo nacional con la modalidad de capacitación en servicio.
 - k. Deberá elaborar una propuesta del plan de acción para la implantación de los sistemas diseñados durante su consultoría.
 - l. Presentar a la Unidad ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos.
- 3.25 Estas tareas se desarrollarán en dos meses y medio, a partir del 1 de julio de 1993.
4. Duración
- 3.26 Nueve meses. Esta consultoría se realizará en tres fases la primera del 1 de octubre al 30 de noviembre de 1992, la segunda del 16 de enero al 31 de mayo de 1993 y la tercera del 1 de julio al 15 de septiembre. El consultor tendrá el apoyo del grupo nacional, de los consultores nacionales y de los asesores de OPS.

5. Perfil profesional

- 3.27 Profesional de la salud o administrador o ingeniero con maestría o doctorado en salud pública o administración de servicios de salud o planificación estratégica. Con amplia experiencia en asesorar procesos no menor de cinco años en reorganización sectorial, desarrollo de marcos conceptuales y sistemas de salud para rectoría, y desarrollo institucional.

CONSULTOR NACIONAL (8)

1. Objetivo

- 3.28 Apoyar técnicamente al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en la revisión bibliográfica, en la elaboración del marco conceptual, en el diseño y ajustes del modelo sinérgico que integre, coordine y relacione los diferentes sistemas y programas del MINSA, con los sistemas y programas de las otras instituciones del sector en sus diferentes niveles de gestión.

2. Producto

- 3.29 Un modelo sinérgico de sistemas y programas del Ministerio rector

3. Tareas

- a. Revisar bibliografía sobre aspectos conceptuales, metodológicos y operativos sobre modelos de sistemas de salud con especial énfasis en el área de rectoría y en la ejecución de los programas estratégicos de salud pública.
- b. Apoyar en la elaboración del modelo sinérgico que integre los sistemas de conducción, coordinación y dirección, vigilancia y planificación de la salud, regulación, control y evaluación, investigación y desarrollo tecnológico, información, recursos humanos y sistemas internos de gestión del MINSA, con los programas estratégicos de salud pública, de salud ambiental, alimentación y nutrición y promoción social. En aspectos específicos como: estructura, contenido, jerarquía, mecanismos de relación internos y externos, conducción, administración, planificación y procedimiento de control y evaluación con su permanente actualización y modernización.
- c. Capacitación al grupo nacional en aspectos conceptuales, metodológicos y de conducción del modelo.
- d. Presentar a la Unidad Ejecutora del proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos.

4. Duración

3.30 3 meses, a partir del 1 de enero de 1993

5. Perfil profesional

3.31 Ingeniero de sistemas con experiencia mínima de 5 años en el desarrollo de modelos sistemáticos, preferentemente aplicados a la administración pública o privada en el área de la salud.

CONSULTOR NACIONAL (9)

1. Objetivo

3.32 Apoyar técnicamente al grupo nacional en la elaboración de los perfiles ocupacionales y educativos por sistemas y programas en los diferentes niveles de gestión del MINSA. Determinar los recursos humanos necesarios en cuanto a cantidad, tipo y naturaleza y los requerimientos para su desarrollo. Por último, la formulación del programa de desarrollo de los recursos humanos.

2. Producto

3.33 Cuantificación y calificación del recurso humano del Ministerio de Salud deseado (imagen objetivo) y formulación del programa de desarrollo de los recursos humanos para su cumplimiento.

3. Tareas

- a. Elaborar una metodología para establecer los perfiles ocupacionales reales y esperados, así como los perfiles educativos, para los puestos del MINSA, según sistemas programas de salud y niveles de gestión. Se debe capacitar al equipo humano nacional en la aplicación de esas metodologías y participar en la elaboración de los perfiles ocupaciones y educativos.
- b. Definir y determinar junto con el equipo nacional los recursos humanos requeridos para el nuevo MINSA para lograr un adecuado cumplimiento de las funciones, sistemas y programas en todos los niveles de gestión, tomándose en cuenta el censo realizado, los perfiles ocupaciones y educativos ya elaborados y el manual descriptivo de clases del servicio Civil.
- c. Elaborar junto con el equipo nacional una propuesta de reubicación del personal existente en el Ministerio y otras instituciones del sector de acuerdo a los nuevos sistemas programas y funciones rectoras, según niveles de gestión; así como la transformación de puestos existentes conforme a los nuevos requerimientos de personal tomando en cuenta el manual descriptivo de clases, la legislación vigente y los presupuestos.

- d. Elaborar junto con el equipo nacional el programa de desarrollo de recursos humanos para todos los niveles de gestión del MINSA en lo que se refiere a motivación, orientación, capacitación y formación para atender las funciones rectoras y los programas prioritarios.
- e. Elaborar junto con el equipo nacional el diseño de guías metodológicas y otro material que se utilizará en los talleres de evaluación y ajuste en las regiones y en el nivel central.
- f. Participar como facilitador en los mencionados talleres.
- g. Deberá elaborar una propuesta del plan de acción para la reubicación del personal existente.
- h. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría, y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos.

4. Duración

3.34 Cuatro meses, a partir 1 de febrero de 1993.

5. Perfil profesional

3.35 Especialistas en educación, con experiencia mínima de cinco años en desarrollo metodológico y operativo en diagnóstico de necesidades de capacitación y diseño curricular.

CONSULTOR NACIONAL (10)

1. Objetivo

3.36 Apoyar técnicamente al grupo nacional en la identificación de las necesidades de nuevos requerimientos de incentivos para el cumplimiento de las funciones rectoras y de los programas sustantivos; así como la elaboración del programa de incentivos, que incluya la definición de etapas de ejecución, reformas legales y estudios de financiamiento.

2. Producto

3.37 Un programa de incentivos económicos y no económicos para el MINSA en su nuevo rol.

3. Tareas

- a. Definir junto con el equipo nacional los tipos de incentivos económicos y no económicos por grupos de trabajadores y con criterios geográfico.

- b. Elaborar y medir el impacto financiero que representa para la institución un programa de incentivos económicos y no económicos.
- c. Formular el programa de incentivos para el MINSA, de conformidad con los requerimientos determinados y su impacto financiero.
- d. Preparar un plan de acción para implantar la propuesta de incentivos.
- e. Elaborar con el equipo nacional un reglamento para el control, regulación y administración del programa de incentivos económicos y no económicos.
- f. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe preliminar a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe final que incorpore los mismos.

4. Duración

3.38 Dos meses, a partir del 1 de febrero de 1993.

5. Perfil profesional

3.39 Master en administración de negocios con énfasis en recursos humanos, con una experiencia mínima de 5 años en diseño de sistemas de incentivos económicos y no económicos para funcionarios de la administración pública.

CONSULTOR NACIONAL (11)

1. Objetivo

3.40 Apoyar técnicamente al grupo nacional en coordinación con el consultor internacional en la formulación del plan estratégico de desarrollo institucional y en la elaboración de los mecanismos y procedimientos e indicadores para su control y evaluación.

2. Productos

3.41 Un plan estratégico de desarrollo institucional para conducir y administrar los procesos de cambio para el cumplimiento de la imagen objetivo del ministerio rector; e indicadores para su control y evaluación, que midan eficiencia, eficacia e impacto y que permita controlar la ejecución del plan por niveles.

3. Tareas

- a. Identificar y elaborar los indicadores con control y evaluación de los diferentes niveles de gestión donde se ocupará el plan, estos indicadores deben de incluir las fuentes de información, normas comparativas, periodicidad de su uso, metas de cumplimiento, rangos de desviaciones de la norma.
- b. Integrar todos los sistemas y programas conceptualizados con las estrategias de factibilidad y viabilidad identificadas, el modelo sinérgico elaborado y los indicadores diseñados en un plan integral coherente y debidamente programado para su ejecución durante el período de ejecución del proyecto BID.
- c. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

3.42 Dos meses, a partir del 1 de abril de 1993.

5. Perfil profesional

3.43 Ingeniero industrial o administrador público con especialidad en administración de servicios salud con una experiencia mínima de 5 años en organización y desarrollo institucional en el sector público.

A. SISTEMA DE INFORMACION

COMPAÑIA CONSULTORA

1. Objetivo

3.44 Creación y puesta en marcha de un sistema de información con sus respectivas aplicaciones computarizadas para el sector Salud de Costa Rica que permita al Ministerio de Salud ejercer las funciones de conducción, dirección y coordinación, vigilancia y planeación de salud, investigación y desarrollo tecnológico y la programación, seguimiento, control y evaluación de los programas estratégicos de salud a nivel nacional, regional y local.

3.45 La firma consultora debe producir el análisis, diseño, desarrollo, prueba, ajuste y puesta en operación de cada aplicación computacional que forma parte del sistema de información del Ministerio de Salud y que permitirá el cumplimiento de las funciones mencionadas.

2. Productos

- a. Diseño de especificaciones de las diferentes aplicaciones computacionales del sistema de información.
- b. Desarrollo de los programas de aplicación con base en los requerimientos de los sistemas y los diseños de especificaciones.
- c. Prueba de los programas de aplicación y su puesta en marcha.

3. Tareas

- a. Conceptualización de los sistemas de información tomando en cuenta las relaciones entre los subsistemas de información y sus mecanismos de coordinación.

- (i) Definir información y procesos a ser computarizados:
Realizar un diagnóstico de la situación actual y definir las necesidades de información y procesamiento. Incluir formularios de entradas y salidas de información requeridos tomando en cuenta los actuales.

- (ii) Diseños de bases de datos y modelos de procesamiento:
Debe incluir estructuras y descripción de archivos de datos requeridos por cada subsistema de información, diccionarios de datos, manuales de codificaciones, estimaciones de volúmenes de información, llaves, relaciones entre archivos, referencias cruzadas entre módulos y submódulos con los archivos de datos que utilizarán.

- (iii) Diseño y dimensionamiento del sistema de información:
Debe incluir diagramas de flujos físicos y lógicos del sistema actual y el propuesto, diseño de indicadores de control. Módulos y submódulos que componen cada subsistema de información, su especificación en pseudo-código. Establecimiento en coordinación con UCP de prioridades de diseño y desarrollo de sistemas.

- (iv) Estimación del costo de diseño, desarrollo e implantación de cada subsistema de información y del sistema completo.

- b. Desarrollo e implantación de las aplicaciones de informática

- 3.46 Con base en los diseños detallados la misma firma consultora debe desarrollar las aplicaciones computacionales respectivas, utilizando para ello el equipo computacional de desarrollo adquirido por la institución.

c. Operacionalizar los flujos de información necesarios para el adecuado funcionamiento de los sistemas de información

- 3.47 Todas las partes involucradas según corresponda deben proveer la información necesaria para la puesta en marcha, prueba, evaluación y corrección del sistema de información en su totalidad.

4. Duración

- 3.48 Dieciocho meses.

5. Perfil profesional

- 3.49 Se requiere los servicios de una compañía consultora especializada en el diseño, desarrollo e implantación de sistemas de información y aplicaciones computarizadas con experiencia en sistemas abiertos, sistemas tipo cliente-servidor, lenguajes de cuarta generación, aplicaciones de bases de datos y aplicaciones de telecomunicaciones locales y remotas. La compañía debe proveer al menos 104 meses-hombre de consultoría distribuidos aproximadamente de la siguiente forma: 48 meses-hombre dedicados al análisis y diseño de las aplicaciones computarizadas y 56 meses-hombre al desarrollo y puesta en marcha de dichas aplicaciones.

- 3.50 La compañía debe proveer un equipo de profesionales con su respectiva documentación que reúna las siguientes características mínimas: i) un experto en integración de sistemas con maestría en Ciencias de la Computación o Informática y al menos 8 años de experiencia en el desarrollo de sistemas de información ; ii) cinco expertos en desarrollo de aplicaciones tipo cliente-servidor, lenguajes de cuarta generación y aplicaciones de bases de datos con maestría en informática, ciencias de la Computación, Análisis de Sistemas o campo afín y al menos 5 años de experiencia cada uno en el diseño y desarrollo de sistemas de información complejos.

CONSULTOR NACIONAL (12)

1. Objetivo

- 3.51 Diseñar, ejecutar y evaluar contenidos curriculares que sobre administración para el cambio se requiera, para el proceso de orientación y motivación al personal de los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud.

2. Productos

- a. Contenidos curriculares indispensables para la orientación y motivación para el cambio.
- b. Material didáctico de apoyo.
- c. Actividades educativas impartidas.

d. Informe periódicos y final de evaluación del Proceso.

3. Tareas

- a. Elaborar junto con el equipo nacional las estrategias y la metodología apropiada que permitan establecer el programa de motivación y orientación al personal del MINSA de todos los niveles de gestión a fin de sensibilizar el proceso de cambio.
- b. Establecer los contenidos apropiados para cada una de las actividades, tomando en cuenta las nuevas funciones del Ministerio rector, los sistemas y programas, así como el contexto propio de cada una de los grupos que serán sujetos, dentro del programa de motivación.
- c. Elaborar el programa de motivación y orientación del personal del MINSA, utilizando actividades tales como: talleres, reuniones con equipos de gestión centrales, regionales y locales (Comisiones Regionales de Educación Permanente y Comisiones Locales de Educación Permanente).
- d. Elaborar el material didáctico requerido en el programa y participar en su ejecución.
- e. Dar seguimiento al proceso y ajustarlo cuando sea necesario, debiendo comunicar a la unidad ejecutora del Proyecto sobre cualquier cambio y hacer de su conocimiento las observaciones relevantes que el personal de los diferentes niveles hallan sugerido y que permitan retroalimentar el proyecto general.
- f. Evaluación final del impacto del programa de motivación y orientación, según niveles y grupos de gestión del MINSA.
- g. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

3.52 Cuatro meses a partir del 1 de julio de 1993

5. Perfil profesional

3.53 Licenciado en Administración de Negocios o Pública con maestría en Recursos Humanos. Experiencia mínima de cinco años en diseño y desarrollo de programas de inducción.

CONSULTOR NACIONAL (13)

1. Objetivos

- 3.54 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación, en dirección, coordinación y conducción del proceso de rectoría para el personal del Ministerio de Salud.

2. Productos

- a. Programa de capacitación sobre el tema respectivo.
- b. Material didáctico de apoyo.
- c. Actividades educativas impartidas.
- d. Informe periódico y final de evaluación de la capacitación.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora de dirección, coordinación y conducción del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.55 Ocho meses a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.56 Licenciado en Administración de Negocios o Públicos con postgrado en Gerencia. Cinco años de experiencia en docencia. Tres años de experiencia en docencia en el campo respectivo.

CONSULTOR NACIONAL (14)

1. Objetivo

- 3.57 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación en Vigilancia y Planificación del proceso de rectoría para el personal del Ministerio de Salud.

2. Producto

- a. Programa de capacitación sobre el tema respectivo.
- b. Material didáctico de apoyo
- c. Actividades educativas impartidas
- d. Informe periódicos y final de evaluación sobre el programa desarrollado.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora Vigilancia y Planificación del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.58 Ocho meses a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.59 Licenciado en planificación en Salud con nivel en Maestría. Experiencia mínima cinco años en el campo de la docencia.

CONSULTOR NACIONAL (15)

1. Objetivo

- 3.60 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación en regulación, evaluación y control del proceso de rectoría para el personal del Ministerio de Salud.

2. Producto

- a. Material didáctico de apoyo
- b. Actividades educativas impartidas
- c. Informes periódicos y final sobre el programa desarrollado.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora Regulación, evaluación y control del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.61 Ocho meses, a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.62 Licenciado en Administración de Negocios o Público con postgrado en control de calidad total. Experiencia mínima cinco años en el campo de la docencia.

CONSULTOR NACIONAL (16)

1. Objetivo

- 3.63 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación en Investigación y desarrollo tecnológico para el personal del Ministerio de Salud de todos los niveles de gestión.

2. Productos

- a. Programa de capacitación sobre el tema respectivo
- b. Material didáctico de apoyo
- c. Actividades educativas impartidas
- d. Informe periódicos y final de evaluación sobre el programa desarrollado.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora Investigación y Desarrollo Tecnológico del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.64 Ocho meses, a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.65 Profesional en Ciencias Médicas con postgrado en Epidemiología. Cinco años experiencia mínima en el campo de la docencia.

CONSULTOR NACIONAL (17)

1. Objetivo

- 3.66 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de Recursos Humanos e incentivos para el proceso de rectoría para el personal del Ministerio de Salud.

2. Productos

- a. Programa de capacitación sobre el tema
- b. Material didáctico de apoyo
- c. Actividades educativas impartidas
- d. Informes periódicos y final de evaluación sobre el programa desarrollado.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora de recursos Humanos e incentivos del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.67 Ocho meses a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.68 Licenciado en Administración de Negocios o Público con postgrado en Recursos Humanos. Cinco años experiencia mínima en el campo de la docencia.

CONSULTOR NACIONAL (18)

1. Objetivo

- 3.69 Elaborar, ejecutar y evaluar un programa de información, para el proceso de rectoría para el personal del Ministerio de Salud.

2. Producto

- 3.70 Programa de capacitación sobre los temas; material didáctico de apoyo; actividades educativas impartidas; e informes periódicos y final de evaluación, sobre el programa desarrollado.

3. Tareas

- a. Integrarse al equipo de consultores y funcionarios responsables del diseño y ejecución del programa de desarrollo de recursos humanos.
- b. Elaborar un modulo didáctico referido a la función rectora en información del MINSA.
- c. Elaborar con los consultores nacionales y el equipo institucional el programa de capacitación integral para todos los niveles de gerencia y gestión.
- d. Impartir actividades educativas referidas a su área; según programa de capacitación, en las diferentes regiones del país.
- e. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 3.71 Ocho meses a partir de noviembre de 1993.

5. Perfil profesional

- 3.72 Ingeniero de Sistemas. Cinco años de experiencia en el campo de la docencia.

IV. EVALUACION DEL IMPACTO

CONSULTOR NACIONAL (19)

1. Objetivo

- 4.1 Apoyar técnicamente al grupo nacional, en coordinación con el consultor internacional en evaluar el impacto político-social de la

transferencia de servicios y programas entre el MINSA y la C.S.S.S., que incluya además a los usuarios, grupos de presión y a la comunidad entre otros.

2. Productos

- a. La evaluación del impacto político-social
- b. La definición de las estrategias de intervención para reorientar el proyecto.

3. Tareas

- a. Identificar las variables críticas y los indicadores para la evaluación
- b. Diseñar una metodología de investigación para la evaluación del impacto político-social.
- c. Ejecutar la investigación y realizar su análisis correspondiente.
- d. Consultar y ajustar los resultados del análisis y entregarlos a las autoridades del MINSA para su aprobación.
- e. Elaborar estrategias de intervención, con base en los resultados de la investigación del impacto político y social del proyecto.
- f. Consultar y ajustar las estrategias elaboradas y presentarlas a las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- g. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 4.2 Mes y medio, a partir del 15 de mayo de 1993, y tres meses y medio a partir de junio de 1993.

5. Perfil profesional

- 4.3 Profesional de la salud, administrador o sociólogo con maestría en ciencias políticas y sociales, con una experiencia mínima de cinco años en diseño y ejecución de evaluaciones de impacto en el campo político-social.

CONSULTOR INTERNACIONAL (3)

1. Objetivo

- 4.4 Apoyar técnicamente al grupo nacional, en coordinación con el consultor nacional en evaluar el impacto político-social de la transferencia de servicios y programas entre el MINSA y la C.C.S.S., que incluya además a los usuarios, grupos de presión y a al comunidad entre otros.

2. Producto

- a. La evaluación del impacto político-social.
- b. La definición de las estrategias de intervención para reorientar al proyecto.
- c. Grupo Nacional capacitado en metodología y procesos de evaluación de impacto e el área político-social

3. Tareas

- a. Identificar las variables críticas y los indicadores para evaluación.
- b. Diseñar una metodología de investigación para la evaluación del impacto político-social.
- c. Ejecutar la investigación y realizar su análisis correspondiente.
- d. Consultar y ajustar los resultados del análisis y entregarlos a las autoridades del MINSA para su aprobación.
- e. Elaborar estrategias de intervención, con base en los resultados de la investigación del impacto político y social del proyecto.
- f. Consultar y ajustar las estrategias elaboradas y presentarlas a las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- g. Capacitar al grupo nacional en conceptos, metodologías, procedimientos e instrumentos de evaluación de impacto político-social.
- h. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 4.5 Mes y medio, a partir del 15 de mayo de 1993 y tres meses y medio a partir de junio de 1993.

5. Perfil profesional

- 4.6 Profesional de la salud, Administrador o Sociólogo con maestría o doctorado en ciencias políticas y sociales, con una experiencia mínima de diez años en el campo de la consultoría de evaluación de impacto de procesos de cambio.

CONSULTOR NACIONAL (20)

1. Objetivo

- 4.7 Apoyar técnicamente a grupo nacional, en coordinación con el consultor nacional en la evaluación del impacto financiero y económico de las transferencias de programas y servicios entre el MINSA y la C.C.S.S.

2. Productos

- a. Un estudio que contenga la cuantificación y análisis del impacto financiero.
- a. Un estudio que contenga cuantificación y análisis del impacto económico
- a. Las estrategias y alternativas que le den viabilidad y factibilidad al cambio, elaboradas con base en los estudios de impacto económico y financiero.

3. Tareas

- a. Elaborar los términos de referencia del estudio a realizarse, su alcance será: (i) costeo de programas y servicios que se trasladarán entre la C.C.S.S. y el MINSA en cada uno de los niveles, (ii) cuantificación y cualificación del financiamiento del costo agregado, su repercusión en el gasto en salud y el financiamiento de las instituciones.
- b. Realizar los estudios propiamente dichos.
- c. Analizar y ajustar los resultados del estudio y presentarlos a consideración de las autoridades de salud, para su aprobación e implantación.
- d. Elaborar los términos de referencia del estudio de evaluación económica, su alcance será: (i) Un análisis del impacto de la transferencia de programas y servicios sobre la productividad y eficiencia de los recursos globales del sector, (ii) Un

análisis del proceso inflacionario y su repercusión en el financiamiento de los servicios de salud.

- e. Realizar los estudios propiamente dichos.
- f. Analizar, ajustar los resultados del estudio y someterlos a conocimiento de las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- g. Identificar las estrategias y alternativas de intervención del impacto económico-financiero.
- h. Analizar, ajustar y someter las estrategias y alternativas de intervención ante las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- i. Definir mecanismos y procedimientos para la ejecución de las estrategias y alternativas de intervención en el campo económico y financiero.
- j. Presentar a la unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

- 4.8 Mes y medio, a partir del 15 de mayo de 1993, y seis meses a partir de junio de 1993.

5. Perfil profesional

- 4.9 Economista, con maestría en análisis económico y financiero, con una experiencia mínima de cinco años de haber trabajado en el campo de la evaluación del impacto económico y financiero.

CONSULTOR INTERNACIONAL (4)

1. Objetivos

- 4.10 Apoyar técnicamente a grupo nacional, en coordinación con el consultor nacional, en la evaluación del impacto financiero y económico de las transferencias de programas y servicios entre el MINSA y la CCSS.

2. Productos

- a. Un estudio que contenga la cuantificación y análisis del impacto financiero.

- b. Un estudio que contenga cuantificación y análisis del impacto económico.
- c. Las estrategias y alternativas que le den viabilidad y factibilidad al cambio, elaboradas con base en los estudios de impacto económico y financiero.
- d. Capacitar al grupo nacional en conceptos, metodologías y procedimientos de impacto económico y financiero en salud.

3. Tareas

- a. Elaborar los términos de referencia del estudio a realizarse, su alcance será: (i) costeo de programas y servicios que se trasladarán entre la C.C.S.S. y el MINSA en cada uno de los niveles, (ii) cuantificación y cualificación del financiamiento del costo agregado, su repercusión en el gasto en salud y el financiamiento de las instituciones.
- b. Realizar los estudios propiamente dichos.
- c. Analizar y ajustar los resultados del estudio y presentarlos a consideración de las autoridades de salud, para su aprobación e implantación.
- d. Elaborar los términos de referencia del estudio de evaluación económica, su alcance será: (i) Un análisis del impacto de la transferencia de programas y servicios sobre la productividad y eficiencia de los recursos globales del sector, (ii) Un análisis del proceso inflacionario y su repercusión en el financiamiento de los servicios de salud.
- e. Realizar los estudios propiamente dichos.
- f. Analizar, ajustar los resultados del estudio y someterlos a conocimiento de las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- g. Identificar las estrategias y alternativas de intervención del impacto económico-financiero.
- h. Analizar, ajustar y someter las estrategias y alternativas de intervención ante las autoridades del MINSA para su aprobación e implantación.
- i. Definir mecanismos y procedimientos para la ejecución de las estrategias y alternativas de intervención en el campo económico y financiero.
- j. Presentar a la Unidad Ejecutora del Proyecto y al Banco un informe parcial a más tardar 15 días después de finalizada la consultoría; y una vez recibidos los comentarios del Gobierno y

del Banco, presentar un informe parcial que incorpore los mismos.

4. Duración

Mes y medio, a partir del 15 de mayo de 1993, y seis meses a partir de junio de 1993.

5. Perfil profesional

- 4.11 Economista con maestría o doctorado relacionado con análisis y evaluación del impacto económico y financiero de procesos de cambio, con una experiencia mínima en el campo de la consultoría de diez años.

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD CONTRIBUCION ESTATAL REGLAMENTARIA (en miles de colones corrientes)					
CATEGORIA	A Ñ O				
	1987	1988	1989	1990	1991
Contribución Patronal ^{a/}	1.409.067	2.079.469	2.538.919	3.509.770	4.033.432
Contribución Complementaria Trabajadores Independientes ^{b/}	493.292	497.361	530.700	563.149	705.338
Contribución Asegurados por Cuenta del Estado ^{c/}	1.373.144	2.346.780	2.839.695	3.727.846	4.064.626
Cuota Estado como tal ^{d/}	956.572	320.438	382.128	523.509	617.084
TOTAL	4.232.075	5.244.048	6.291.442	8.324.274	9.420.480
CONTRIBUCION ESTATAL EFECTIVA					
Contribución Patronal ^{a/}	557.015	806.503	635.017	1.987.430	605.038
Contribución Complementaria Trabajadores Independientes ^{b/}	131.004	101.700	153.906	146.061	75.921
Contribución Asegurados por Cuenta del Estado ^{c/}	428.409	337.334	876.638	401.598	318.137
Cuota Estado como tal ^{d/}	546.000	320.438	382.128	143.500	104.365
TOTAL	1.662.428	1.565.975	2.047.689	2.678.589	1.103.461
PORCENTAJE DEL FALTANTE EN LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO POR TIPO DE COMPROMISO					
Contribución Patronal ^{a/}	60.47	61.22	71.05	43.37	85.01
Contribución Complem. Trabajadores Indep. ^{b/}	73.44	79.55	71.00	74.06	89.24
Contribución Asegurados Cuenta del Estado ^{c/}	68.80	85.63	69.13	89.23	92.17
Cuota estado como tal	42.92	-	-	72.59	83.09
TOTAL	60.72	70.14	67.45	67.82	88.29
NOTA: ^{a/} Incluye la cuota patronal de pensionados del Estado. ^{b/} Incluye la cuota complementaria de convenios. ^{c/} Incluye el costo de programa de atención médica a internos en centros penales. ^{d/} En 1987 se cobraba el 0.75% de la masa cotizante, y a partir de 1988 se reduce al 0.25%					

**ANALISIS DE LOS COSTOS INCREMENTALES DEL SEM
DERIVADOS DE LA TRANSFERENCIA DE CENTROS Y PUESTOS Y CONSTRUCCION
HOSPITAL ALAJUELA
(en millones de US\$)**

	Ingresos Generales del SEM	Total Gastos SEM sin Proyecto	Incremento Gastos Recurrentes			Gastos Operación Centros y Puestos MINSA	Total Incremental Recurrentes SEM	Total Gastos SEM Con Proyecto	Deficit en el SEM
			Centros y Puestos		Hospital Alajuela				
			Eficiencia	Nómina					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(8)	(8)+(2)=(9)	(9)-(1)
1989	345,1	286,6							
1990	361,8	313,7							
1991	286,6	285,8							
PROYECTADO									
1992	286,6	285,8						286	0,8
1993	286,6	285,8						286	0,8
1994	286,6	285,8	1,3	0,5		4,4	6,2	292	(5,4)
1995	286,6	285,8	3,0	0,9		10,0	13,9	300	(13,1)
1996	286,6	285,8	4,7	1,6	2,3	16,0	24,6	310	(23,8)
1997	286,6	285,8	4,7	1,6	2,7	16,0	25,0	311	(24,2)
1998	286,6	285,8	4,7	1,6	3,0	16,0	25,3	311	(24,5)
1999	286,6	285,8	4,7	1,6	3,0	16,0	25,3	311	(24,5)
2000	286,6	285,8	4,7	1,6	3,0	16,0	25,3	311	(24,5)

PROYECTO DE RESOLUCION 1/

COSTA RICA. PRESTAMO /OC-CR A LA REPUBLICA DE COSTA RICA
(Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Costa Rica, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de mejoramiento de los servicios de salud, en adelante denominado el "Programa". Este Financiamiento se sujetará sustancialmente a las siguientes disposiciones:

1. Monto y monedas: Hasta US\$28.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Costa Rica, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, para pagar bienes y servicios adquiridos mediante competencia internacional en los países miembros del Banco y para los otros propósitos que se indiquen en el contrato de préstamo. Los pagos de las amortizaciones y de los intereses se efectuarán en la moneda o monedas que el Banco oportunamente especifique, en una suma equivalente al correspondiente monto adeudado, calculada por unidades de cuenta en términos de dólares de los Estados Unidos de América, de conformidad con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo.
2. Fuente de los fondos: Los recursos del Capital Ordinario del Banco.
3. Garantía: La responsabilidad general del Prestatario.
4. Comisión de crédito: El 0,75% por año sobre la parte no desembolsada del Financiamiento, comisión que comenzará a devengarse a los 60 días de la fecha del contrato de préstamo y que se pagará en dólares de los Estados Unidos de América en las mismas fechas que los intereses.

1/ Las disposiciones contenidas en este Apéndice I y en los siguientes Apéndices II, III, IV y V sólo serán definitivas cuando el Directorio Ejecutivo haya aprobado la propuesta de préstamo.

5. Amortización: El Prestatario amortizará el préstamo en un plazo de 25 años contado a partir de la fecha del contrato de préstamo, mediante cuotas semestrales, consecutivas y en lo posible iguales. La primera cuota se pagará en la primera fecha en que deba efectuarse el pago de intereses, luego de transcurridos 6 meses de la fecha prevista para el último desembolso del Financiamiento.
6. Interés: Los intereses serán liquidados sobre los saldos deudores diarios del préstamo y deberán ser pagados semestralmente por el Prestatario. El primer pago se efectuará a los seis meses de la fecha del contrato de préstamo. El Banco determinará las tasas de interés que se aplicarán durante la vigencia del préstamo, de conformidad con la política del Banco sobre tasa de interés. Durante el período de desembolso y a solicitud del Prestatario, podrán abonarse los intereses con recursos del Financiamiento.
7. Iniciación material y desembolso: El plazo para la iniciación material de las obras comprendidas en el Programa será de 3 años contado a partir de la vigencia del contrato de préstamo y el plazo para el desembolso del Financiamiento será de 4 años contado a partir de esa misma fecha.
8. Condiciones especiales:
 - (a) La ejecución del Programa y la utilización de los recursos del préstamo deberán ser llevadas a cabo en su totalidad por el Prestatario mediante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en adelante denominada "Organismo Ejecutor", el que actuará a su vez mediante su Dirección de Planificación Institucional y en coordinación con el Ministerio de Salud, en adelante denominado "MINSA".
 - (b) Los recursos del préstamo, junto con los del préstamo ____/OC-CR, se destinarán a participar en la ejecución de un Programa cuyo costo total se estima en el equivalente de US\$60.000.000. En consecuencia, los contratos de préstamo deberán contener las disposiciones apropiadas para asegurar que se proporcionarán oportunamente, de acuerdo con un plan de inversiones satisfactorio al Banco, los recursos adicionales a los de los dos préstamos que se requieran para la completa ejecución del Programa, en una suma que se estima en el equivalente de US\$18.000.000.
 - (c) Antes del primer desembolso del Financiamiento, el Prestatario deberá presentar a satisfacción del Banco: (i) evidencia de que se ha constituido el Consejo de Coordinación Central, así como la Unidad Ejecutora del Programa (UEP), dentro de la Dirección de Planificación Institucional de la CCSS, con la estructura organizativa y el personal necesario para desarrollar sus funciones, de conformidad con lo acordado previamente con el Banco; (ii) una propuesta de reestructuración y racionalización de recursos del MINSA, que incluya la asignación presupuestaria y el programa de desarrollo institucional acordado con el Banco, con su

correspondiente cronograma de implantación; (iii) evidencia de que ha suscrito un convenio de transferencia no reembolsable de los recursos del Financiamiento y de la contrapartida local al Organismo Ejecutor, para la ejecución del Programa, en el cual el Prestatario adquiriera además el compromiso de implantar un plan de reducción gradual en la mora de sus pagos al Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), de conformidad con los porcentajes previamente acordados con el Banco; (iv) un cronograma de ejecución y transferencia de los centros y puestos de salud que incluya las metas anuales de la integración funcional y orgánica de los servicios de atención a las personas, de conformidad con lo acordado previamente con el Banco; y (v) evidencia de que ha suscrito un convenio con la CCSS, que contenga los mecanismos para mejorar el sistema de recaudación de ingresos de esta última.

- (d) Con la aceptación del Banco, se podrá utilizar hasta el equivalente de US\$100.000 de los recursos del Financiamiento, para financiar gastos de consultoría relacionados con la reestructuración del MINSA, siempre que hayan sido efectuados dentro de los doce meses anteriores a la fecha de esta Resolución y se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los previstos en la presente Resolución y en los contratos de préstamo.
 - (e) En la adquisición de maquinaria, equipos y otros bienes relacionados con el Programa y en la adjudicación de contratos para la ejecución de obras, deberá utilizarse el sistema de licitación pública en todos los casos en que el valor de las adquisiciones exceda el equivalente de US\$250.000 y el de los contratos para la ejecución de obras sobrepase el equivalente de US\$1.000.000. Las licitaciones se sujetarán a los procedimientos que constarán como anexo de los contratos de préstamo. Esta disposición no se aplicará a las adquisiciones que se realicen con recursos provenientes de créditos de proveedores o de otras fuentes de crédito.
 - (f) El Banco establecerá los procedimientos de inspección que juzgue necesarios para asegurar el desarrollo satisfactorio del Programa y el Prestatario deberá proporcionar toda la cooperación que se requiera para el mejor cumplimiento de este propósito. Del monto del Financiamiento se destinará la suma de US\$280.000 para que ingrese en las cuentas del Banco por concepto de inspección y vigilancia generales.
9. Disposición condicional: El contrato o contratos que se suscriban en desarrollo de la autorización conferida en los términos de esta resolución, sólo entrarán en vigor cuando el Directorio Ejecutivo haya determinado por resolución que el Banco tiene recursos suficientes disponibles en el Capital Ordinario, a fin de cubrir el préstamo autorizado por esta resolución.

PROYECTO DE RESOLUCION 1/

COSTA RICA. PRESTAMO /OC-CR A LA REPUBLICA DE COSTA RICA
(Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Costa Rica, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de mejoramiento de los servicios de salud, en adelante denominado el "Programa". Este Financiamiento se sujetará sustancialmente a las siguientes disposiciones:

1. Monto y monedas: Hasta US\$14.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Costa Rica, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, para pagar bienes y servicios adquiridos mediante competencia internacional en los países miembros del Banco y para los otros propósitos que se indiquen en el contrato de préstamo. Los pagos de las amortizaciones y de los intereses se efectuarán en la moneda o monedas que el Banco oportunamente especifique, en una suma equivalente al correspondiente monto adeudado, calculada por unidades de cuenta en términos de dólares de los Estados Unidos de América, de conformidad con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo.
2. Fuente de los fondos: Los recursos del Capital Ordinario del Banco.
3. Garantía: La responsabilidad general del Prestatario.
4. Comisión de crédito: El 0,75% por año sobre la parte no desembolsada del Financiamiento, comisión que comenzará a devengarse a los 60 días de la fecha del contrato de préstamo y que se pagará en dólares de los Estados Unidos de América en las mismas fechas que los intereses.

1/ Las disposiciones contenidas en este Apéndice II, en el Apéndice I precedente y en los siguientes Apéndices III, IV y V sólo serán definitivas cuando el Directorio Ejecutivo haya aprobado la propuesta de préstamo.

5. Amortización: El Prestatario amortizará el préstamo en un plazo de 25 años contado a partir de la fecha del contrato de préstamo, mediante cuotas semestrales, consecutivas y en lo posible iguales. La primera cuota se pagará en la primera fecha en que deba efectuarse el pago de intereses, luego de transcurridos 6 meses de la fecha prevista para el último desembolso del Financiamiento.
6. Interés: Los intereses serán liquidados sobre los saldos deudores diarios del préstamo y deberán ser pagados semestralmente por el Prestatario. El primer pago se efectuará a los seis meses de la fecha del contrato de préstamo. El Banco determinará las tasas de interés que se aplicarán durante la vigencia del préstamo, de conformidad con la política del Banco sobre tasa de interés. Durante el período de desembolso y a solicitud del Prestatario, podrán abonarse los intereses con recursos del Financiamiento.
7. Iniciación material y desembolso: El plazo para la iniciación material de las obras comprendidas en el Programa será de 3 años contado a partir de la vigencia del contrato de préstamo y el plazo para el desembolso del Financiamiento será de 4 años contado a partir de esa misma fecha.
8. Condiciones especiales:
 - (a) La ejecución del Programa y la utilización de los recursos del préstamo deberán ser llevadas a cabo en su totalidad por el Prestatario mediante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en adelante denominada "Organismo Ejecutor", el que actuará a su vez mediante su Dirección de Planificación Institucional y en coordinación con el Ministerio de Salud, en adelante denominado "MINSA".
 - (b) Los recursos del préstamo, junto con los del préstamo ____/OC-CR, se destinarán a participar en la ejecución de un Programa cuyo costo total se estima en el equivalente de US\$60.000.000. En consecuencia, los contratos de préstamo deberán contener las disposiciones apropiadas para asegurar que se proporcionarán oportunamente, de acuerdo con un plan de inversiones satisfactorio al Banco, los recursos adicionales a los de los dos préstamos que se requieran para la completa ejecución del Programa, en una suma que se estima en el equivalente de US\$18.000.000.
 - (c) Antes del primer desembolso del Financiamiento, el Prestatario deberá presentar a satisfacción del Banco: (i) evidencia de que se ha constituido el Consejo de Coordinación Central, así como la Unidad Ejecutora del Programa (UEP), dentro de la Dirección de Planificación Institucional de la CCSS, con la estructura organizativa y el personal necesario para desarrollar sus funciones, de conformidad con lo acordado previamente con el Banco; (ii) una propuesta de reestructuración y racionalización de recursos del MINSA, que incluya la asignación presupuestaria y el programa de desarrollo institucional acordado con el Banco, con su

correspondiente cronograma de implantación; (iii) evidencia de que ha suscrito un convenio de transferencia no reembolsable de los recursos del Financiamiento y de la contrapartida local al Organismo Ejecutor, para la ejecución del Programa, en el cual el Prestatario adquiera además el compromiso de implantar un plan de reducción gradual en la mora de sus pagos al Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), de conformidad con los porcentajes previamente acordados con el Banco; (iv) un cronograma de ejecución y transferencia de los centros y puestos de salud que incluya las metas anuales de la integración funcional y orgánica de los servicios de atención a las personas, de conformidad con lo acordado previamente con el Banco; y (v) evidencia de que ha suscrito un convenio con la CCSS, que contenga los mecanismos para mejorar el sistema de recaudación de ingresos de esta última.

- (d) En la adquisición de maquinaria, equipos y otros bienes relacionados con el Programa y en la adjudicación de contratos para la ejecución de obras, deberá utilizarse el sistema de licitación pública en todos los casos en que el valor de las adquisiciones exceda el equivalente de US\$250.000 y el de los contratos para la ejecución de obras sobrepase el equivalente de US\$1.000.000. Las licitaciones se sujetarán a los procedimientos que constarán como anexo de los contratos de préstamo. Esta disposición no se aplicará a las adquisiciones que se realicen con recursos provenientes de créditos de proveedores o de otras fuentes de crédito.
 - (e) El Banco establecerá los procedimientos de inspección que juzgue necesarios para asegurar el desarrollo satisfactorio del Programa y el Prestatario deberá proporcionar toda la cooperación que se requiera para el mejor cumplimiento de este propósito. Del monto del Financiamiento se destinará la suma de US\$140.000 para que ingrese en las cuentas del Banco por concepto de inspección y vigilancia generales.
9. Disposición condicional: El contrato o contratos que se suscriban en desarrollo de la autorización conferida en los términos de esta resolución, sólo entrarán en vigor cuando el Directorio Ejecutivo haya determinado por resolución que el Banco tiene recursos suficientes disponibles en el Capital Ordinario, a fin de cubrir el préstamo autorizado por esta resolución.

RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda que en los contratos de préstamo, se incluyan, además de las condiciones que aparecen en los proyectos de resolución, las siguientes, que deberán cumplirse a satisfacción del Banco:
1. Salvo que las partes lo acuerden de otra manera, antes de convocar a cada licitación pública, o si no correspondiere convocar a licitación, antes de la adquisición de los bienes o de la iniciación de las obras, el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentar a la consideración del Banco: (a) los planos generales, las especificaciones, los presupuestos y los demás documentos necesarios para la adquisición o la construcción y, en su caso, las bases específicas y los demás documentos necesarios para la convocatoria; (b) en el caso de obras, prueba de que se tiene la posesión legal u otros derechos sobre los terrenos que permitan la construcción de las mismas; y (c) evidencia de que se está cumpliendo con las metas y cronogramas acordados con el Banco a que se refieren los incisos (ii), (iii) y (iv) de la Cláusula 8(c) de los Apéndices I y II.
 2. El Banco podrá reconocer como parte de los recursos de la contrapartida local al Programa, gastos hasta por el equivalente de US\$500.000, en la preparación de los diseños finales para la construcción del Hospital de Alajuela que se hayan efectuado dentro de los 18 meses anteriores a la fecha de la Resolución DE- /92, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en la resolución y en el contrato de préstamo.
 3. El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentar evidencia de que ha contratado, dentro de los plazos que se establecen a continuación, contados a partir de la vigencia de los contratos de préstamo y de acuerdo con términos de referencia acordados con el Banco, los siguientes servicios de consultoría: (a) dentro del plazo de seis meses, la firma consultora que supervisará la construcción del Hospital de Alajuela; y (b) dentro del plazo de doce meses, los expertos que asesorarán a la Unidad Ejecutora del Programa en la evaluación económica de los proyectos y en los sistemas de evaluación y control.
 4. El Prestatario y el Organismo Ejecutor se comprometen a: (a) que las obras y equipos comprendidos en el Programa serán mantenidos adecuadamente de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas; y (b) presentar al Banco, durante los 10 años siguientes a la terminación de la primera de las obras del Programa, y dentro del primer trimestre de cada año calendario, un informe sobre el estado de dichas obras y equipos y el plan anual de mantenimiento para ese año, de acuerdo con lo dispuesto en la Sección 7.03 del Apéndice IV. Si de las inspecciones que realice el Banco, o de los informes que reciba, se determina que el mantenimiento se efectúa por debajo de los niveles

convenidos, el Prestatario y el Organismo Ejecutor deberán adoptar las medidas necesarias para que se corrijan totalmente las deficiencias.

5. El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, se compromete a presentar al Banco, dentro del año siguiente a la terminación de las obras correspondientes al nuevo Hospital de Alajuela, evidencia de que el antiguo local ha dejado de funcionar como tal.
6. El Prestatario se compromete a transferir a la CCSS los recursos necesarios para cubrir los costos de operación de los centros y puestos de salud, de conformidad con el cronograma de ejecución y transferencia a que se refiere la Cláusula 8(c)(iv) de los Apéndices I y II.
7. El seguimiento para verificar el cumplimiento del Programa, se realizará de la siguiente manera:
 - (a) El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, se compromete a sostener a partir de 1993, y durante el plazo de ejecución del Programa, reuniones anuales con el Banco, a más tardar el 30 de noviembre de cada año, en las cuales se analizarán, entre otros temas, los resultados obtenidos en la ejecución del Programa en el año en curso, incluyendo: (i) la evaluación de los avances obtenidos de la reestructuración, fortalecimiento y racionalización de recursos del MINSA; (ii) los logros del proceso de transferencia de puestos y centros de salud así como de la asignación de recursos del Gobierno a la CCSS; (iii) los logros obtenidos por mejoras en el sistema de recaudación de ingresos de la CCSS; (iv) la evaluación del cumplimiento de las obligaciones del Estado con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) a que se refiere la Cláusula 8(c)(iii) de los Apéndices I y II; y (v) la evaluación de la cartera de inversiones de la CCSS.
 - (b) Si el Banco no encontrare satisfactorio el estado de ejecución del Programa, el Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, deberá presentarle dentro de los 60 días siguientes a aquél en que el Banco manifieste sus reparos, las medidas correctivas que implantará y el cronograma para la ejecución de las mismas.
 - (c) Si las medidas correctivas a que hace referencia el inciso (b) anterior no fueran satisfactorias, el Banco podrá adoptar las demás acciones que juzgue apropiadas, de acuerdo con las disposiciones de los contratos de préstamo.
8. El Prestatario, por intermedio del Organismo Ejecutor, presentará al Banco para su consideración:
 - (a) dentro del plazo de 6 meses contados a partir de la vigencia del contrato de préstamo: (i) los datos básicos iniciales por componente; y (ii) la descripción del procedimiento que se

utilizará para compilar y procesar los datos anuales que deban ser comparados con los datos básicos iniciales para evaluar los resultados del Programa; y

- (b) Dos años después del último desembolso del Financiamiento, un informe de evaluación "ex-post" sobre los resultados del Programa, con base en las pautas que figuran en los párrafos 8.01 y 8.02 del Apéndice IV.
9. Los estados financieros del Programa, durante su ejecución, deberán presentarse anualmente al Banco debidamente dictaminados por una firma de contadores públicos independiente aceptable para el Banco.
- B. En los contratos de préstamo deberá incluirse un anexo de contenido sustancialmente similar al del Apéndice IV, El Programa, de este documento.

EL PROGRAMA

(Anexo A del Contrato de Préstamo)

I. Objeto

- 1.01 El Programa tiene por objeto apoyar las reformas del Sector Salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios, en el contexto de las reformas del Sector Público.
- 1.02 El Programa contempla los siguientes objetivos específicos: (i) apoyar el diseño e implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector del sector y lograr un enfoque más racional de los recursos evitando duplicaciones entre instituciones y programas; (ii) consolidar los programas de atención primaria de salud para lograr una cobertura más eficiente de los servicios; y (iii) reducir las desigualdades en el acceso a los servicios básicos de salud, priorizando inversiones físicas que fortalezcan la capacidad funcional y la eficiencia de la red de servicios de salud en las zonas de bajos ingresos del país.

II. Descripción

- 2.01 El Programa está integrado por los siguientes componentes:
 - (a) Componente de Reestructuración del Ministerio de Salud, que tiene por objeto la reestructuración del Ministerio de Salud y comprende actividades de consultoría y capacitación con el fin de: (i) revisar y adecuar el perfil funcional y la estructura organizativa del Ministerio de Salud según su misión de ente rector; (ii) capacitar los recursos humanos necesarios para hacer efectiva la acción del Ministerio como ente rector del sector; y (iii) instalar un sistema de información.
 - (b) Componente de Integración de Servicios, que comprende: (i) la transferencia de la totalidad de los centros y puestos de salud; (ii) la consolidación de la integración de los servicios de atención primaria mediante la rehabilitación, ampliación y/o sustitución de centros y puestos de salud; (iii) la mejora de la eficiencia del sistema hospitalario mediante la sustitución del Hospital de Alajuela; y (iv) el reforzamiento financiero de la CCSS.

III. Costo del Programa y plan de financiamiento

- 3.01 El costo estimado del Programa es el equivalente de US\$60.000.000, según la siguiente distribución por categorías de inversión y por fuentes de financiamiento:

COSTO TOTAL DEL PROGRAMA Y SU FINANCIAMIENTO (equivalente en miles de US\$)					
CATEGORIAS DE INVERSION	BID-FFI	BID-OC	LOCAL	TOTAL	%
1. Ingeniería y Administración	430	0	1.046	1.476	2,4
1.1 Diseños Finales	0	0	626	626	1,0
1.2 Supervisión de Obras	335	0	0	335	0,5
1.3 Administración	95	0	170	265	0,4
1.4 Transición Hospitalaria	0	0	250	250	0,4
2. Costos Directos	21.683	10.353	1.528	33.564	55,8
2.1 Obras Civiles	10.326	4.412	0	14.738	24,5
2.2 Instalaciones	1.211	1.419	0	2.630	4,3
2.3 Equipo e Instrumental	10.146	4.522	1.108	15.776	26,4
2.4 Capital de Trabajo	0	0	420	420	0,7
3. Costos Concurrentes	2.005	0	14.802	16.807	28,0
3.1 Consultorías	1.300	0	318	1.618	2,6
3.2 Capacitación Recursos Humanos	705	0	195	900	1,5
3.3 Costos de Operación	0	0	14.289	14.289	23,8
3.3.1 Hospital Alajuela	0	0	2.289	2.289	3,8
3.3.2 Centros y Puestos	0	0	9.000	9.000	15,0
3.3.3 Incremento de Nómina	0	0	3.000	3.000	5,0
SUB TOTAL	24.118	10.353	17.376	51.847	86,3
4. Sin Asignación Específica	2.536	1.939	153	4.628	7,7
4.1 Imprevistos	1.729	1.078	153	2.960	4,9
4.2 Escalamiento	807	861	0	1.668	2,8
5. Costos Financieros	1.346	1.708	471	3.525	5,9
5.1 Intereses	1.066	1.568	0	2.634	4,4
5.2 Comisión de Crédito	0	0	471	471	0,8
5.3 F.I.V.	280	140	0	420	0,7
TOTALES	28.000	14.000	18.000	60.000	100,0
PORCENTAJES	46,7	23,3	30,0	100,0	

IV. Licitaciones

- 4.01 (a) Cuando los bienes y servicios que se adquirieran o contraten para el Programa, incluidos los relacionados con transporte y seguros, se financien total o parcialmente con divisas del Financiamiento, los procedimientos y las bases específicas de las licitaciones u otras formas de contratación deberán permitir la libre concurrencia de proveedores de bienes y servicios originarios de países miembros del Banco. En consecuencia, en los citados procedimientos y bases específicas de las licitaciones o concursos, no se establecerán condiciones que impidan o restrinjan la oferta de bienes o la concurrencia de contratistas originarios de esos países.
- (b) Cuando se utilicen otras fuentes de crédito que no sean los recursos del Financiamiento ni los de la contrapartida local, el Prestatario podrá convenir con el financiador el procedimiento que deba seguirse para la adquisición de bienes y servicios. Sin embargo, a solicitud del Banco, el Prestatario deberá demostrar la razonabilidad tanto del precio pactado o pagado por la adquisición de dichos bienes y servicios, como de las condiciones financieras de los créditos. El Prestatario deberá demostrar asimismo que la calidad de los bienes satisface los requerimientos técnicos del Programa.
- (c) Para efectos de lo dispuesto en la Sección B. 3.04 del Anexo B, "Procedimiento de Licitaciones", del contrato de préstamo, se utilizará el sistema de precalificación o registro de proponentes en las licitaciones para la ejecución de las obras correspondientes a la construcción del Hospital de Alajuela.

V. Servicios de consultoría

- 5.01 En la selección y contratación de servicios de consultoría financiados total o parcialmente con recursos del Financiamiento: (a) deberán aplicarse los procedimientos acordados con el Banco, y (b) no podrán establecerse disposiciones o estipulaciones que restrinjan o impidan la participación de consultores originarios de los países miembros del Banco.
- 5.02 En lo que respecta a servicios de consultoría financiados con recursos de la contrapartida local, el Banco se reserva el derecho de revisar y aprobar, antes de que el Prestatario proceda a la contratación correspondiente, los nombres y antecedentes de las firmas o consultores individuales seleccionados, los términos de referencia y los honorarios acordados.

VI. Criterios de elegibilidad

- 6.01 Los criterios de elegibilidad para centros y puestos de salud serán los siguientes:

- (a) Integración: Serán elegibles los puestos y centros de salud que presenten un programa anual de trabajo conjunto entre el MINSA y la CCSS, que especifique las medidas que aseguren: (i) la no-duplicación de servicios y la optimización del uso de los recursos existentes; (ii) haber unificado la dirección de los servicios de atención bajo un mando único, para los centros de salud; y (iii) en el caso de puestos de salud, haber unificado la dirección del centro del cual depende.
- (b) Cantón y establecimiento: Serán elegibles los proyectos que se ubiquen en los 30 cantones identificados, que superen el puntaje mínimo determinado por el MINSA en base al estado de los mismos e indicadores socioeconómicos de la población beneficiaria del establecimiento.
- (c) Cobertura poblacional mínima: Serán elegibles los puestos y centros de salud cuyas poblaciones beneficiarias no sean inferiores a 500 y 5000 habitantes, respectivamente, residentes a no más de 1 hora de viaje del establecimiento por el medio usual de transporte, y que no tengan posibilidad de acceso a otro establecimiento de mayor o igual complejidad, a no más de una hora de viaje por los mismos medios.
- (d) Gasto por proyecto: Serán elegibles los puestos y los centros de salud cuyos gastos de inversión y equipamiento no fueran inferiores a US\$5.000 y US\$10.000, respectivamente, y que no excedan a US\$45.000 para los puestos y US\$300.000 para los centros, estimados a precios y tipo de cambio correspondientes a agosto de 1992.
- (e) Máximo costo unitario: Serán elegibles los centros de salud cuyo costo no supere US\$10 por consulta. Este costo unitario se calculará como el cociente de la suma de la cuota equivalente anual de inversión fija en infraestructura y equipo, más los gastos de operación anual sobre la población objetivo. Los puestos de salud elegibles por el Programa serán aquellos cuyo costo de visita por vivienda no supere US\$7, estimados a precios y tipo de cambio correspondientes a agosto de 1992.
- (f) Solución técnica de mínimo costo: Los proyectos deberán presentar un análisis de alternativas demostrando que la solución técnica propuesta es la alternativa de mínimo costo. Este análisis se realizará comparando los costos de inversión y mantenimiento para dimensiones similares, de la ampliación y/o rehabilitación versus construcción nueva cuando esto fuera posible.

VII. Mantenimiento

- 7.01 El propósito del mantenimiento es conservar las obras comprendidas en el Programa en las condiciones de operación en que se encontraban al momento de su terminación, dentro de un nivel compatible con los servicios que deban prestar.

- 7.02 El primer plan anual de mantenimiento deberá corresponder al año fiscal siguiente al de la entrada en operación de la primera de las obras del Programa.
- 7.03 El plan anual de mantenimiento deberá incluir: (i) los detalles de la organización responsable del mantenimiento, el personal encargado y el número, tipo y estado de los equipos destinados al mantenimiento; (ii) la ubicación, el tamaño y el estado de los locales destinados a reparación y almacenamiento, así como el de los campamentos de mantenimiento; (iii) la información relativa a los recursos que serán invertidos en mantenimiento durante el año corriente y el monto de los que serán asignados en el presupuesto del año siguiente; y (iv) un informe sobre las condiciones del mantenimiento, basado en el sistema de evaluación de suficiencia establecido por el Prestatario.

VIII. Evaluación "Ex-post"

- 8.01 Para efectos de lo dispuesto en la recomendación 8(b) del Apéndice III, la información que debe recopilarse incluirá, entre otros aspectos, los siguientes:
- (a) En relación a la reestructuración del Ministerio de Salud: (i) número y características profesionales de los recursos humanos; (ii) presupuesto global por rubros; (iii) tipo de actividades planeadas y ejecutadas; y (iv) evaluación del programa de recursos humanos.
 - (b) En referencia al Hospital de Alajuela: (i) volúmen y tipo de egreso por año desde su puesta en marcha; (ii) volúmen y tipo de consulta por especialidad, por año desde su puesta en marcha; (iii) indicadores de eficiencia; (iv) costos globales; y (v) estudio de las referencias.
 - (c) Respecto a los centros y puestos de salud: (i) costos de operación por cada puesto y centro de salud; (ii) costo por visitas anuales realizadas y por consulta; (iii) nivel de cobertura de la población del área programática; y (iv) encuesta de bajos ingresos.
- 8.02 El informe de evaluación "ex-post" a que se refiere la recomendación 8(b) del Apéndice III, que deberá elaborarse con base en la información contenida en el párrafo 8.01 anterior, comprenderá, entre otros aspectos, los siguientes: (a) el análisis de la reforma institucional del MINSA; (b) las metas alcanzadas en el proceso de integración MINSA-CCSS; (c) las mejoras alcanzadas en la eficiencia y equidad en la prestación de servicios y (d) las conclusiones y recomendaciones.

PROYECTO DE RESOLUCION

COSTA RICA. PAGO PARCIAL DE INTERESES DEL PRESTAMO /OC-CR A
LA REPUBLICA DE COSTA RICA
(Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe para que en nombre y representación del Banco, en su carácter de administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, en adelante la "cuenta", proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República, de Costa Rica, como Prestatario, y a adoptar las demás medidas pertinentes para utilizar recursos de la cuenta con el objeto de pagar una parte de los intereses adeudados por el Prestatario sobre los saldos deudores del préstamo autorizado por la Resolución DE- /9__, para financiar parte del costo del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, en adelante el "préstamo aprobado". Dicha parte representará hasta el 5% por año, sobre los saldos deudores del préstamo.

2. Disponer que el Banco cargará a la cuenta las sumas adeudadas por el Prestatario y pagaderas por la cuenta, en las monedas designadas por el Banco y que estén disponibles en la cuenta, en las fechas previstas para el pago de los intereses o en la fecha o fechas en que el Banco reciba el pago del remanente de intereses adeudados por el Prestatario, en adelante el "remanente". Si el Prestatario no pagase en la fecha prevista el remanente, así como cualquier otra suma que adeude por concepto de amortización o comisiones, el Banco retendrá el pago del monto de intereses autorizado para ser pagado al Banco con cargo a la cuenta. En este evento, el Prestatario continuará obligado por el monto total de los intereses vencidos y adeudados, hasta que el Banco haya recibido el pago del remanente y de las respectivas sumas debidas por concepto de amortización y comisiones.

3. Establecer que, en la medida en que el Banco reciba pagos de la cuenta por concepto de intereses del préstamo aprobado, el Prestatario quedará liberado de su responsabilidad de hacer efectivos dichos pagos y, consecuentemente, que el mismo no estará obligado a reembolsar al Banco suma alguna por concepto de los intereses pagados al Banco con cargo a la cuenta.

4. Establecer que cuando el Prestatario decida disponer el pago del monto total de los intereses que devenguen los saldos deudores del préstamo aprobado ya sea durante toda la vigencia del préstamo o solamente durante el período de amortización del mismo, el Banco procederá, en ambos casos, a reembolsar al Prestatario, a la brevedad posible, los intereses que éste hubiere pagado y que corresponda cargar a la cuenta de acuerdo con lo dispuesto en las Cláusulas 1 y 2 anteriores.

5. Reiterar que en la medida en que el Banco determine que no existen suficientes recursos disponibles en la cuenta para efectuar los pagos a que se refieren las Cláusulas 2 y 4 anteriores, corresponde al Prestatario pagar los intereses adeudados, en las fechas y sobre los montos que se especifiquen en el contrato de préstamo, hasta el monto total devengado sobre los saldos deudores, sin obligación de reembolso por parte del Banco.