

**REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRIMERA ETAPA**

(HA-0045)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE:	El Gobierno de Haití	
ORGANISMO EJECUTOR:	El Ministerio de Salud Pública y Población	
MONTO Y FUENTE:	Todo el programa	
	BID (FOE):	US\$45 millones
	Contrapartida local:	US\$ 5 millones
	Total:	US\$50 millones
	Primera etapa	
	BID (FOE):	US\$22,5 millones
	Contrapartida local:	US\$ 2,5 millones
	Total:	US\$25 millones
	Segunda etapa	
	BID (FOE):	US\$22,5 millones
	Contrapartida local:	US\$ 2,5 millones
	Total:	US\$25 millones
PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:	Plazo de amortización:	40 años
	Período de desembolso:	Etapa I: 40 meses
		Etapa II: 40 meses
	Tipo de interés:	1% durante el período de gracia de 10 años, 2% de allí en adelante
	Inspección y vigilancia:	1%
	Comisión de crédito:	0,5% anual sobre los saldos no desembolsados
ANTECEDENTES:	El programa propuesto, concebido como una operación de seis años con un costo total estimado de US\$50 millones (el financiamiento del Banco asciende a US\$45 millones), se ejecutará en dos etapas. Con fines de programación, cada etapa de tres años será apoyada por un préstamo separado del Banco, de US\$22,5 millones. La solicitud de aprobación de la segunda etapa dependerá de la verificación de que se haya comprometido el 50% de los recursos correspondientes a la primera y que se haya logrado un progreso satisfactorio durante el primer período de 24 meses (véanse los párrafos 3.34 y 3.35).	

OBJETIVOS:

La meta del programa consiste en apoyar los esfuerzos del gobierno para mejorar el estado de salud de la población haitiana mediante el aumento de la calidad, la eficiencia y la equidad de la prestación de los servicios sanitarios, por el sector público y el privado en el marco del sistema nacional de salud. Esto se logrará mediante: i) el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados y el acceso a éstos de una forma que sea sostenible en el largo plazo, tanto desde el punto de vista financiero como institucional; ii) el aumento de la eficiencia de los servicios a nivel nacional; y iii) la configuración de modelos de financiamiento y prestación de servicios de salud básicos, que puedan duplicarse en el ámbito nacional (véase el Anexo I, "Marco Lógico").

DESCRIPCIÓN:

El programa fue concebido con objeto de tratar un conjunto de problemas persistentes que han limitado la capacidad del sector para mejorar las condiciones sanitarias. Mediante la capitalización de las energías y los recursos existentes, incluidos el activo sector no gubernamental y la comunidad de ayuda, se procurará que el programa sustente el establecimiento de redes de salud locales para la prestación de servicios de atención sanitaria eficaces en función del costo, el refuerzo del apoyo a esas redes en los ámbitos departamental y central, la creación de un cauce para financiación interna e internacional a fin de contratar servicios sanitarios y la iniciación de un movimiento tendiente a crear un sistema sustentable desde el punto de vista financiero que responda a los consumidores.

Por medio del programa se brindará asistencia técnica integral, capacitación, insumos materiales y ayuda para la prestación de un conjunto de servicios básicos. El programa consta de cinco componentes, a saber:

1. Desarrollo del modelo de UCS (Todo el programa, US\$26,2 millones; primera etapa, US\$14,7 millones; segunda etapa, US\$11,5 millones). Se apoyará el establecimiento de un modelo de red local de prestación de servicios sanitarios en cuatro zonas geográficas (departamentos Norte, Noroeste, Artibonite y Centro) y la creación de un canal de financiación de esos servicios. El modelo se denomina Unidad Comunal de Salud (UCS) y servirá para mejorar la calidad de los servicios sanitarios esenciales, para unos 2 millones de haitianos e incrementar el acceso a esos servicios, y aumentar el caudal de recursos

públicos y privados que se dedica a los servicios de salud básicos. Los insumos serán asistencia técnica, capacitación clínica y gerencial, apoyo para la rehabilitación y construcción en pequeña escala y equipos básicos. También se ofrecerá apoyo en materia de costos ordinarios a fin de proveer un conjunto de servicios sanitarios eficaces en función de su costo, prestados por medio de contratos o acuerdos por resultados, así como para la promoción de las salud y actividades de participación de la comunidad.

2. Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales (todo el programa: US\$9,7 millones; etapa I: US\$3,9 millones; etapa II: US\$5,8 millones). Este componente fortalecerá las funciones principales de la Dirección Departamental del Ministerio de Salud Pública y de Población (MSPP), que son necesarias para respaldar la prestación de servicios esenciales en el marco del modelo de prestación y financiamiento reorganizado. Esas funciones son planificación, gestión de los recursos humanos, financieros y materiales, certificación de calidad, supervisión, logística y desarrollo de sistemas de información sobre salud y gestión. Los recursos de este componente se utilizarán para asistencia técnica, capacitación, rehabilitación en pequeña escala de oficinas en los cuatro departamentos y el suministro de mobiliario y equipo, incluido equipo de comunicaciones.
3. Fortalecimiento institucional de las direcciones centrales (Programa total: US\$4,5 millones; etapa I: US\$2,5 millones; etapa II: 2 millones). Con este componente se fortalecerán las principales funciones de las direcciones centrales en ámbitos clave para la implementación nacional del nuevo modelo de prestación y financiamiento. Las funciones incluyen la formulación de políticas, la planificación, la gestión de recursos humanos, financieros y materiales (incluida la coordinación de donantes), capacitación, investigación operacional, garantía de la calidad, supervisión, comunicación en materia de salud, sistemas de financiamiento y de regulación y desarrollo de sistemas de información en materia de salud y gestión. El componente respaldará la asistencia técnica y la capacitación así como el financiamiento focalizado para materiales,

mobiliario y equipo (incluido equipo de comunicaciones) para las oficinas centrales.

4. Viabilidad y permanencia del sistema reorganizado (Programa total: US\$4,2 millones; etapa I: US\$1,3 millón; etapa II: US\$2,9 millones). Su objetivo consiste en contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Respalda el uso, el mantenimiento y la actualización de la base analítica existente y la generación de nueva información para basar un plan para el financiamiento sostenible del sistema de salud. Apoya el desarrollo e implementación de un sistema consolidado de gestión financiera que permitirá contabilizar todas las fuentes de financiamiento de las actividades de salud. También permitirá identificar y poner en efecto las acciones de solidaridad social y financiará el establecimiento y la evaluación de actividades experimentales para la generación de ingreso.
5. Evaluación y administración (Programa total: US\$5,4 millones; etapa I: US\$1,4 millón; etapa II: US\$4 millones). Con este componente se financiarán actividades relacionadas con el diseño progresivo del programa, incluidas evaluaciones del proceso y del impacto.

**RELACIÓN DEL
PROYECTO CON LA
ESTRATEGIA DEL
BANCO PARA EL
PAÍS Y EL SECTOR:**

El respaldo al sector de salud y a las acciones del gobierno encaminadas a la descentralización constituyen prioridades de la estrategia del Banco para el país. Por otra parte, el programa adelanta la agenda del Banco en materia de reforma en el campo de la salud por la vía de la promoción de alianzas publico-privadas y la introducción del mecanismo de acuerdos por resultado para alentar mayor eficiencia en la prestación de servicios sanitarios.

**EXAMEN AMBIENTAL
Y SOCIAL:**

En el programa se prevé la capacitación de los trabajadores sanitarios en cuanto a aspectos ambientales de los centros de salud. No se anticipa que las obras civiles en pequeña escala vayan a tener impactos ambientales negativos.

BENEFICIOS:

Entre los beneficios del programa figura la prevención de una cifra estimada de 12.000 defunciones durante todo su transcurso, si se supone una reducción moderada de la mortalidad y la morbilidad, gracias a la expansión y el mejoramiento de los servicios sanitarios. (Conforme a la estructura del programa, es posible que algo menos de la mitad de los beneficios sanitarios se concrete

durante la primera etapa y el resto en el curso de la segunda). La mayoría de los beneficiarios está constituida por niños y por mujeres en edad reproductiva. Entre los beneficios económicos cabe mencionar una mayor eficiencia en la asignación del presupuesto del MSPP y una distribución más equitativa del gasto público.

RIESGOS:

Varios riesgos influyen en la posibilidad de una consecución cabal de los beneficios del programa y en su sostenibilidad, a saber: i) si los mecanismos de participación de la comunidad son inadecuados, los planes de las UCS podrían fracasar en cuanto a la definición de las necesidades sanitarias locales y la forma de atenderlas; ii) si no hay una supervisión cuidadosa y suma atención a las referencias, la atención a las necesidades más apremiantes puede desviar recursos de inversiones que servirían para introducir cambios estructurales; iii) en función de los vaivenes políticos, el gobierno puede modificar su política respecto de las asociaciones público privadas en el sector de salud; y iv) en el futuro, las crisis económicas pueden reducir la disponibilidad de recursos para sustentar todos los beneficios del programa. Es importante señalar que las demoras prolongadas de la ratificación del contrato por el Parlamento pueden llegar a debilitar el éxito del proyecto. A pesar de que se están tomando medidas para mantener el impulso considerable generado por las actividades de preparación del proyecto, el retraso en el inicio del proyecto puede tener efectos negativos.

**CLÁUSULAS
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

El prestatario deberá, como condición previa al primer desembolso del financiamiento, presentar prueba al Banco de que:

- i) se ha creado una unidad de coordinación (cellule de coordination) en la Dirección de Planificación y Cooperación Externa (DPCE) para la ejecución del proyecto y de que la ha dotado de profesionales para la ejecución del proyecto (véase párrafo 3.10).
- ii) ha delegado la autoridad debida a las direcciones departamentales de los departamentos del Norte, Noroeste, Artibonite y Centro para contratar servicios con unidades comunales de salud (véase párrafos 3.22-3.23).
- iii) cuenta con las reservas necesarias para crear una partida presupuestaria en el presupuesto

del MSPP para costos ordinarios no relacionados con personal de la UCS (véase párrafo 3.24).

iv) ha finalizado el Manual de Operaciones del programa, que incluye las normas operacionales (véase el párrafo 3.13).

v) existen los mecanismos administrativos y/o jurídicos que permitan la creación de consejos locales de salud para el manejo de los fondos a nivel local (véase el párrafo 3.24).

**FOCALIZACIÓN EN
LA POBREZA Y
CLASIFICACIÓN
SOCIAL:**

El programa propuesto entra en la categoría de inversión focalizada en la pobreza, conforme a lo estipulado en el documento del Octavo Aumento de Recursos (GN-1964-3). El programa apoya la prestación de servicios sanitarios básicos en zonas rurales y, por ende, beneficiará en forma desproporcionada a los pobres, en especial a las mujeres en edad reproductiva y a los niños (véase el párrafo 4.4).

**EXCEPCIONES A
LA POLÍTICA DEL
BANCO:**

Ninguna.

ADQUISICIONES:

Se llamará a licitación pública internacional para las adquisiciones de bienes por valor superior a US\$350.000 y se prevé la realización de obras de rehabilitación en pequeña escala (véase el párrafo 3.16).

I. ANTECEDENTES DEL SECTOR DE SALUD

A. Introducción

1.1 La pobreza, profunda, esparcida y persistente, hace que el pueblo de Haití sea vulnerable ante las enfermedades evitables y los fallecimientos prematuros. Al mismo tiempo, la inestabilidad política, la existencia de un sistema de salud hipercentralizado e insostenible desde el punto de vista financiero y la escasa capacidad administrativa, restringen las posibilidades de que el gobierno financie y suministre servicios de salud pública y mejore así la calidad, la duración y la productividad de la vida en el país. Ante estos problemas, empero, hay iniciativas públicas y privadas que han rendido algunos resultados en cuanto a generar recursos para mejorar los servicios sanitarios y el gobierno ha tomado las primeras medidas tentativas para establecer su liderazgo en el sector.

1.2 Mediante el programa descrito en este documento, se procura consolidar esas iniciativas, colaborar en la definición y articulación de las actividades públicas y privadas, fortalecer instituciones débiles que son vitales, y sentar las bases de la sostenibilidad del sector de salud en el largo plazo. De esa manera se beneficia directamente a una porcentaje importante de la población que tiene grandes necesidades de servicios sanitarios y, en forma indirecta, a la generación futura por la vía de un sistema más firme de financiación y prestación de servicios sociales.

1. El panorama nacional

1.3 Haití, donde la tasa de desempleo asciende a 60% y el ingreso real per cápita está alrededor de los US\$230, es, de lejos, el país más pobre del hemisferio occidental. Se estima que dos tercios de la población viven en la pobreza y que el 80% de los habitantes del medio rural está por debajo de la línea de pobreza.

1.4 La inestabilidad política y social, que quedó al desnudo durante el golpe de estado de 1991 y las sublevaciones ulteriores, agudizó los efectos de la pobreza. Desde el restablecimiento del gobierno constitucional, a fines de 1994, las autoridades haitianas y la comunidad internacional han desplegado esfuerzos considerables para atender las necesidades más urgentes, crear un marco propicio para la participación cívica pacífica y reconstruir la economía. Sin embargo, pese a ciertos progresos, el país se caracteriza por la debilidad de las instituciones, los desequilibrios macroeconómicos, la inestabilidad política, la decadencia de la infraestructura, el agotamiento de los activos productivos y la pobreza ingobernable.

1.5 Las presiones demográficas agravan los apremios económicos y políticos. El 42%, aproximadamente, de la población haitiana es menor de 15 años y se estima que la tasa de aumento de la población

asciende a 2% anual (neta de la emigración que, según se estima, actualmente alcanza a 0,5% anual). Habida cuenta del impulso de población y de la lentitud del descenso de las tasas de fecundidad, en el futuro previsible la población continuará aumentando rápidamente, imponiendo presiones adicionales sobre la frágil infraestructura del país y sobre los recursos económicos y ambientales.

B. El sector de salud

- 1.6 Las condiciones sanitarias de Haití reflejan la pobreza del país. Como puede observarse en el Cuadro 1, los índices básicos se hallan sumamente rezagados respecto de otros países de América Latina y el Caribe y se asemejan más a los de países de bajos ingresos de otras partes del mundo. Esos indicadores exhiben el patrón propio de un alto grado de enfermedades contagiosas y otras dolencias evitables.

Cuadro 1
Indicadores de salud básicos por lugar de residencia

Indicador	Rural	Urbana	Total	Promedio LAC
Expectativa de vida al nacer (años)	N/A	N/A	57	70
Tasa de mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos)	89	85	87	44
Tasa de mortalidad infantil (por mil, edades de 1 a 4 años)	61	50	59	60
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	N/A	N/A	460	167
Tasa de fecundidad (por mujer, edades de 15 a 49 años)	5,9	3,0	4,8	2,6
Malnutrición (% de niños menores de 5 años)	35	20	31	N/A

1. Resumen de las principales limitaciones

- 1.7 Los deficientes índices sanitarios demuestran que la lucha del sistema de salud de Haití contra el esparcimiento de las principales enfermedades infecciosas —que constituyen las causas mayores de los fallecimientos— o el tratamiento de las enfermedades graves ha rendido resultados limitados. La grave escasez de fondos del sector público y las recientes crisis económicas y políticas han acentuado considerablemente las dificultades. Sin embargo, habida cuenta de las limitaciones estructurales de largo plazo, es necesario algo más que recursos adicionales y estabilidad política para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud y el acceso a éstos. A continuación se presenta un resumen de las

limitaciones estructurales interconectadas y un análisis más detallado de cada una de ellas.

a. Falta de participación sistemática de los prestadores privados en la planificación, coordinación y ejecución sectoriales

- 1.8 Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han desempeñado, históricamente, un papel significativo en la prestación de servicios de atención de salud, particularmente en el medio rural ^{1/} y esa influencia aumentó durante los pasados diez años. Sin embargo, las actividades de las ONG se han desarrollado, en gran medida, fuera del proceso de planificación sectorial y los esfuerzos del gobierno para trabajar con las ONG han sido insuficientes para aprovechar debidamente su presencia. Además, el gobierno no ha podido cumplir cabalmente su función reguladora y asegurar que los servicios privados satisfagan requisitos mínimos de calidad.

b. Asignación ineficiente de los recursos en el sector público, debido a la falta de claridad acerca de sus papeles

- 1.9 El Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP), además de sus cometidos de trazado de políticas, planificación, reglamentación y funciones afines, también financia y administra un amplio conjunto de instalaciones sanitarias en todo el país. El MSPP, en parte debido a la amplitud de sus funciones, no está en condiciones de encauzar de manera eficiente sus recursos hacia servicios de salud eficaces en función del costo, y que sean bienes públicos o rindan altas externalidades positivas. A falta de tarifas pagaderas por los usuarios y/o de mecanismos de seguros, actualmente se registra un firme vuelco de los recursos hacia los servicios hospitalarios de alto costo en las zonas urbanas, que en general tienden a beneficiar a los grupos de población de más altos ingresos y tienen pocos efectos positivos sobre las condiciones sanitarias del país. La administración hipercentralizada y la inflexibilidad en materia de dotación de personal, reducen aún más la capacidad del gobierno para prestar los servicios de manera eficaz en función del costo.

c. Ausencia de mecanismos de financiación sostenible

- 1.10 El sistema de salud de Haití depende precariamente de la financiación externa. Cerca de la mitad del presupuesto público de salud -y una proporción aún mayor de los recursos privados-

^{1/} En este contexto, se define a las ONG como entidades particulares, generalmente sin fines de lucro, afiliadas a organizaciones comunitarias, instituciones religiosas u organizaciones internacionales de caridad y/o ayuda, como CARE, Save the Children y otras.

proviene de la ayuda externa, razón por la cual Haití es sumamente vulnerable ante las influencias geopolíticas y se halla sujeto a un alto grado de inseguridad financiera y a un margen limitado de planificación. Los incentivos inapropiados que suelen relacionarse con la financiación externa se manifiestan en el uso dispendioso de los fondos y en la atención excesiva a la construcción y la rehabilitación, en lugar de la preocupación por una administración correcta, el control de calidad y el mantenimiento.

2. La prestación de los servicios de salud

- 1.11 Puede caracterizarse el sector de salud de Haití como pluralista, con prestación y financiación de servicios pública y privada, por medio de una diversidad de acuerdos. Estos mecanismos —que son más el producto de los trastornos políticos, económicos y sociales que de una planificación sistemática— comprenden servicios con financiación del estado, servicios financiados en forma particular y servicios mixtos, sustentados en parte por el sector público (a menudo en la forma de cesión de personal en comisión).
- 1.12 Se estima que en todo el país hay 650 centros de atención de salud y el MSPP está a cargo del funcionamiento de un tercio, aproximadamente, de éstos 2/ y de la red de distribución de medicamentos esenciales. Es responsable de trazar políticas, dictar normas, supervisar el sector en general y coordinar la ayuda externa. Además de las direcciones centrales responsables de control financiero, administración de los servicios sanitarios, planificación y otras funciones, el MSPP cuenta con direcciones de carácter departamental. Las direcciones departamentales —que, generalmente, cuentan con una magra dotación de personal— son responsables de la supervisión de los servicios sanitarios y de la vigilancia epidemiológica en el ámbito local.
- 1.13 El cumplimiento cabal de sus cometidos ha constituido una prueba formidable para el MSPP. La precariedad de los ingresos, la centralización del comando y las limitaciones administrativas y técnicas, que son comunes a muchos ministerios del ramo, han drenado la capacidad de MSPP para responder a la totalidad de las necesidades en materia de salud pública (véase el Cuadro 2).

2/ Los fondos públicos se asignan de manera desproporcionada a las instalaciones sanitarias más costosas. El MSPP opera alrededor del 40% de los hospitales, 50% de los centros de salud con camas y 25% de los centros de salud sin camas.

Cuadro 2
Características del MSPP

Agentes/elementos	Características actuales del sector público
Financiación	
Fuentes	Ingresos generales (nacionales) y ayuda externa
Mecanismos de asignación	Capacidad instalada
Proveedores	
Unidad de toma de decisiones	Administración jerárquica
Propiedad	Gobierno central
Régimen laboral	Servicio civil
Insumos complementarios	Adquisiciones centralizadas
Garantía de calidad	Control estructurado
Consumidores	
Papel de los consumidores	Excluidos

- 1.14 Por otra parte, las recientes crisis económicas y políticas, afectaron profundamente al ministerio. Durante los años ochenta, la inestabilidad política determinó que un crecido número de técnicos y administradores experimentados abandonaran los cuadros de la administración pública. Las graves restricciones económicas provocaron escasez de fondos para insumos vitales, al tiempo que aumentaba la demanda de servicios de salud. Recién hace tres años el sector público comenzó a restablecer el funcionamiento de dispensarios, centros de salud y hospitales. El cumplimiento de funciones esenciales, como el trazado de directrices y la supervisión reglamentaria, sigue siendo precario debido a la ausencia de recursos y de una orientación clara.
- 1.15 Mientras el sector público se debilitaba bajo una carga creciente y la retracción o estancamiento de su base de recursos, las entidades del sector privado —especialmente las ONG— fueron ampliando su papel en la prestación de servicios. Actualmente, la financiación y operación de alrededor del 40% de los establecimientos de atención de salud son privados —el 30% por ONG y el 10% por entidades con fines de lucro. Otro 30% de esos centros son privados y reciben algún caudal de recursos del sector público.
- 1.16 Si bien las ONG, en particular las de filiación religiosa, siempre ocuparon un lugar en el sector de salud haitiano, muchas de las ONG que ahora prestan servicios de atención de salud se establecieron en los años recientes, en respuesta a la declinación del sistema público. La multiplicación de las ONG dedicadas a la atención de salud se vio facilitada por su integración a una variedad de

actividades de organización de la comunidad, el regreso de un conjunto de profesionales de la salud haitianos que estaban en el exterior y la disposición de donantes extranjeros a respaldar la ayuda humanitaria por intermedio de las ONG cuando el gobierno estuvo en crisis. Las instalaciones de las ONG tienden a concentrarse en las zonas rurales y en los niveles más bajos de la pirámide de prestación de servicios.

- 1.17 Como cabe suponerlo, el sector de las ONG de Haití es sumamente diverso. Conforme a un estudio reciente de una muestra de 24 ONG activas en actividades de salud y población, el personal de estas entidades iba de ocho a 402 empleados. Aunque sus recursos humanos eran distintos, la mayoría de ellas contaba con una dotación de profesionales con un nivel de preparación relativamente alto. Sus fuentes de recursos financieros comprendían instituciones internacionales de caridad, organismos bilaterales internacionales de ayuda y obras de caridad locales, de índole religiosa (estudio del Banco Mundial sobre las ONG, antecedentes para la evaluación de la pobreza de 1997).
- 1.18 No obstante las actividades de las ONG y del sector público, el acceso a los servicios sigue siendo reducido. Apenas el 60%, aproximadamente, de la población, tiene acceso a *algún* tipo de atención de salud primaria, cuando el promedio en América Latina, en este sentido, asciende a 74%. Una minoría reducida de la población tiene acceso a una variedad razonable de servicios preventivos y curativos y en las zonas rurales el acceso a los servicios de salud se halla sumamente limitado. Se estima, por ejemplo, que el 45% de los hogares rurales se encuentra, por lo menos, a 15 kilómetros del hospital más cercano y que el 26% está, por lo menos, a 15 kilómetros del centro de salud más próximo. Alrededor del 71% de los residentes en el medio rural debe viajar más de una hora para llegar al hospital más cercano y alrededor del 59% de ellos dijo que debía viajar más de una hora para alcanzar el centro de salud más próximo (EMMUS, 1996). La falta de personal calificado, la escasez de medicamentos y el deterioro de las instalaciones, limitan aún más la disponibilidad de los servicios.

3. La demanda de servicios sanitarios

- 1.19 Si bien la información usada no es reciente, es posible que la situación no haya cambiado considerablemente y, quizá, hasta haya empeorado. Conforme al examen del gasto público preparado por el Banco Mundial en 1986, en los establecimientos con camas la tasa de ocupación era, generalmente, inferior a 50%. Las tasas de ocupación baja son una consecuencia de las deficiencias de suministros, equipos y personal, además del alto costo de oportunidad de los viajes a través de las zonas rurales.
- 1.20 Hay pruebas considerables de que la demanda de los servicios privados (y, por ende, su uso) supera a la de los servicios públicos. En 1978, por ejemplo, los dispensarios públicos atendían

a un promedio de nueve pacientes por día, mientras que los dispensarios privados recibían a 26. Se estima, en términos generales, que por lo menos la mitad de los servicios de salud de Haití corre por cuenta de entidades particulares, en su mayoría ONG y que la proporción aumenta a 70% en el ámbito rural.

4. La financiación de los servicios sanitarios 3/

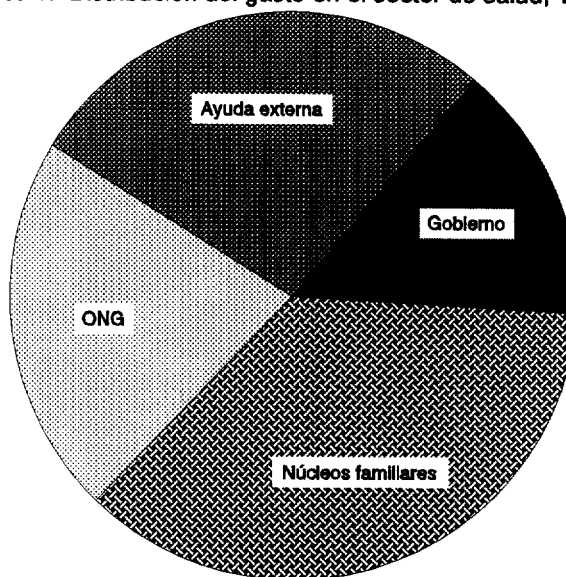
- 1.21 Históricamente el gasto per cápita en salud ha sido, en Haití, relativamente alto en comparación con el de países con niveles de ingreso similares. En 1986, el Banco Mundial estimó que durante el decenio de los ochenta el gasto anual en atención de salud, público y privado (ordinario e inversiones) era de US\$16 a US\$23 per cápita. Alrededor del 40% de ese gasto correspondía a individuos, a organizaciones particulares voluntarias se le atribuía el 20%, aproximadamente, y el 40% restante correspondía al sector público (la mitad con financiación externa).
- 1.22 La reciente crisis política y económica colocó en serios aprietos a la financiación del sector de salud. Los altos niveles de inflación y un volumen de ingresos menor que el previsto, provocaron una reducción radical del gasto público en general y los gastos en salud, en 1993-1994 disminuyeron a sólo 56% de los niveles de 1989-1990 en términos reales. Si se toma en cuenta las presiones demográficas, la caída del gasto público en salud alcanzó a 50%.
- 1.23 La reciente declinación del gasto público fue compensada, en parte, por un aumento del gasto privado. Conforme a un estudio, las ONG han podido movilizar cerca de US\$40 millones por año, las tres cuartas partes en carácter de asistencia externa.
- 1.24 No obstante el aumento del gasto privado y la asistencia externa, el nivel de financiación del sector de salud de Haití es sumamente bajo. Se estima que actualmente el gasto total, público y privado, en salud, asciende a 3.000 millones de gourdes, vale decir US\$27 per cápita. La cifra está muy por debajo del promedio de US\$202 per cápita en América Latina y el Caribe, y representa entre el 7% y el 10% del ingreso per cápita.

3/ Toda la información sobre el gasto público y privado en atención de salud en Haití debe interpretarse cuidadosamente, habida cuenta de las serias limitaciones en materia de datos y de las diferencias entre las distintas fuentes de datos. Los cálculos de los gastos personales, en particular, se basan por igual en datos empíricos y en conjeturas informadas. Sin embargo, existe coincidencia entre todas las fuentes informativas en cuanto al cuadro general de un sector en el que la vasta mayoría de los fondos es de origen externo y privado.

1.25 En rigor de cosas, el gobierno es responsable actualmente sólo por una pequeña porción del gasto total en el sector de salud. Alrededor de 15% del gasto total se financia con ingresos por concepto de impuestos. Este nivel de gasto público —alrededor de US\$4 per cápita— es similar al de países del sur de Asia y de África al sur del Sahara. Otro 28% corresponde a ayuda externa, que se canaliza por intermedio del sector público y de ONG. El 57% restante, representa gasto de particulares y de recursos propios de ONG (véase el Gráfico 1).

1.26 Si bien el gasto es bajo en el sector como un todo, es particularmente magro en materia de servicios de salud en el medio rural. Si se usa la distribución de las camas de hospital como un índice representativo de la asignación de los recursos, es razonable estimar que un haitiano residente en un paraje rural recibe, por año, servicios públicos o privados por valor de

Gráfico 1. Distribución del gasto en el sector de salud, 1997



menos de US\$6, incluidos todos los gastos administrativos y otros de carácter general. En este nivel de gastos, aun en condiciones de máxima eficiencia, es sumamente difícil para el gobierno o para los prestadores privados ofrecer un plan de atención mínima concebido para tratar problemas de salud prioritarios 4/.

1.27 Habida cuenta de las ineficiencias inherentes al sistema actual —la falta de complementariedad entre el personal y otros insumos y la

4/ Los cálculos de costo de un plan básico de servicios esenciales varían en forma bastante pronunciada. La OPS estima que el costo anual de un plan mínimo de servicios de salud, excluidos los costos administrativos, asciende en Haití a US\$5,30 per cápita. El Banco Mundial, tomando en consideración los costos administrativos y de una rehabilitación limitada de la infraestructura, estima ese costo en US\$13,50 per cápita (Turbat y Pierre-Louis, 1996). Un estudio de antecedentes, encomendado para la preparación de este proyecto, estimó que un plan de intervenciones de atención primaria costaría US\$11,45 per cápita. Un plan de servicios más modesto —pero aún eficaz y más viable desde el punto de vista financiero— costaría entre US\$4,50 y US\$7 per cápita (Consortium Santé Canado-Haïtien, Vol. II, 1997).

disonancia entre la combinación de servicios y las necesidades de salud— el impacto de los fondos disponibles se torna aún menor. Pese a la escasez de recursos humanos en algunos ámbitos clave, los costos de personal desplazan a los insumos complementarios. Se estima que hasta 90% del presupuesto se asigna a gastos de personal, dejando un escaso margen para gastos en medicinas, suministros y mantenimiento que son urgentes. Además, los pocos recursos públicos disponibles se asignan en una medida desproporcionada a servicios que posiblemente no surtirán un efecto positivo considerable en el estado general de salud de la población haitiana.

5. El marco actual de políticas

- 1.28 El MSPP, reconociendo muchos de los problemas antes señalados, ha definido los principios para sustentar su política de salud durante los próximos años:
- a. descentralización de la toma de decisiones y su ejecución, mediante su transferencia a los niveles departamental y local 5/;
 - b. reestructuración del sistema de salud, en torno a sistemas locales denominados Unidad Comunal de Salud o UCS 6/ (véase el Recuadro 1); y
 - c. acceso garantizado a un plan mínimo de servicios básicos, que incluya atención maternoinfantil, otra atención de salud reproductiva, atención de niños enfermos, atención de urgencias médicas y quirúrgicas, control de enfermedades transmisibles, provisión de medicamentos esenciales, educación sanitaria participatoria y atención odontológica básica.
- 1.29 Se prevé que la aplicación de estas políticas, junto con un refuerzo significativo de los papeles primarios del sector público, diversifique y estabilice la base financiera, aumentando la eficiencia, la autonomía y la responsabilidad de los prestadores de

5/ En los documentos del Ministerio se usa liberalmente el término "descentralización" para referirse a un sistema dentro del cual el control y la autoridad financieros del MSPP se transfieren gradualmente a las direcciones departamentales de las diez entidades geográficas del país (nueve departamentos y la región metropolitana de Puerto Príncipe). Además, se prevé la delegación de la responsabilidad por la prestación de los servicios en el nivel de las UCS.

6/ El nombre "Unidad Comunal de Salud" no representa un tipo específico de estructura física ni la disponibilidad de todos los niveles de atención sanitaria en cada comuna. Se refiere a la red de prestadores básicos y secundarios que abarcan las poblaciones de una o más comunas.

servicios, y otorgando a los usuarios mayor influencia en el sector de salud.

- 1.30 Si bien hasta la fecha sólo se han adoptado las primeras medidas encaminadas a la puesta en práctica de la política de salud, ésta ha sido ampliamente aceptada por las autoridades haitianas 7/. Esto sirve como una base sólida para el desarrollo de esta operación.

C. La estrategia y la experiencia del Banco

1. La estrategia del Banco

- 1.31 En el documento de país de Haití, se articula claramente el énfasis que pone el Banco en las inversiones en capital humano al señalar lo siguiente: "Por lo tanto, la asignación de recursos del FOE hará hincapié en iniciativas para mejorar las condiciones de vida, salud y nutrición, y educación y capacitación técnica para mejorar las aptitudes de la mano de obra. Para ello será necesario que el Banco asuma un papel de liderazgo en sus relaciones de trabajo con las autoridades para definir y poner en práctica un programa global para el sector social". (Documento de país de Haití, noviembre de 1996, página 30).

7/ Para dar comienzo a la ejecución se hizo uso de recursos del Banco, en el marco de la operación de cooperación técnica ATN/SF-3404-HA. Los primeros pasos fueron la organización de un taller de consenso en torno a las UCS, en el cual fueron propuestas, debatidas y enmendadas las "Reglas de Juego" preliminares; la identificación de todas las instituciones asociadas con las UCS; la recolección de datos sobre uso y financiación de los servicios de salud públicos y privados en todo el país; elaboración de los costos del plan básico; y análisis y debate de las cuestiones financieras relacionadas con la adopción del modelo de las UCS.

Recuadro 1 - ¿Qué es una UCS?

Una Unidad Comunal de Salud (UCS) se define en términos geográficos, de población, institucionales y financieros. Una UCS es una red de instituciones de atención de salud, públicas y privadas, cuya responsabilidad formal es la prestación de servicios sanitarios esenciales a toda la población de determinada circunscripción geográfica. Los límites geográficos se fijan de manera que la población atendida sea de 100.000 personas o 20.000 núcleos familiares, aproximadamente. La red funciona así:

- Se establece un consejo local de salud, que incluye a representantes de la comunidad y de las instituciones asociadas de la UCS, para el manejo de la red a nivel local. En el caso de que el consejo no cuente con capacidad para la planificación y gestión financiera, se establecerá un grupo de trabajo interino y se seleccionará como entidad principal a una organización, generalmente de caridad. Esta institución será la que posea mayor número de instalaciones y más capacidad financiera. El consejo de salud o la entidad principal debe tener personería jurídica y estar en condiciones de celebrar contratos con entidades públicas y/o privadas. Las instituciones que presten servicios de atención de salud dentro de la zona de la UCS y que cumplan los criterios establecidos de antemano en materia de capacidad de prestación de servicios y capacidad de administración financiera se identifican como instituciones asociadas. (Podrá agregarse nuevas asociadas si cumplen con esos requisitos).
- Los servicios de salud se planifican sobre la base de la UCS. Si determinada UCS tiene a su disposición más dispensarios, centros de salud y hospitales que los necesarios para dar acceso a la población, pueden eliminarse gradualmente las instalaciones públicas. De la misma forma, si el número de esos establecimientos es insuficiente, pueden establecerse en la zona instalaciones de ONG, privadas o públicas.
- Hay una relación de referencia entre las instalaciones (dispensarios, centros de salud y un hospital). Esto significa que todas las instalaciones de nivel básico dentro de la UCS refieren los pacientes que necesitan atención especial al hospital de la UCS.
- Los directivos de todas las instituciones asociadas a la UCS convienen en prestar servicios dentro del plan mínimo de servicios establecido (PMS) conforme a los protocolos y otras normas de prestación de servicios dictadas por el MSPP. El plan mínimo comprende servicios de atención de salud materno-infantil y reproductiva, control de enfermedades transmisibles, servicios de urgencia, provisión de medicamentos esenciales, educación sanitaria y atención odontológica básica.
- Los directivos de todas las instituciones asociadas a la UCS convienen en ceñirse a un sistema único de administración e información, basado en los requisitos técnicos del MSPP.
- Por medio del consejo local de salud, los directivos de todas las instituciones asociadas a la UCS (públicas y privadas), junto con representantes de la comunidad, preparan un plan para la UCS, que se actualiza anualmente. Cada plan de UCS incluye información acerca de la población que ha de atenderse, los servicios que se ofrecerá, la capacidad institucional de las entidades asociadas, la asistencia técnica gerencial y el apoyo de capacitación necesarios, la rehabilitación y el equipo básico que necesita cada una de las instituciones asociadas, los esfuerzos de participación de la comunidad, y la propuesta de generación de recursos.

1.32 La estrategia del Banco consiste en asistir al gobierno para definir y luego poner en práctica los principales lineamientos de su política de salud, que en definitiva han de llevar a la consecución de un sistema más eficiente, sostenible, responsable y eficaz. Los elementos estratégicos del Banco son:

- a. Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud básicos y el acceso a éstos, mediante el establecimiento y refuerzo de

las asociaciones público privadas para la prestación de servicios, consolidando los recursos existentes.

- b. Apoyo a la prestación de servicios de calidad, mediante el aumento de la capacidad de las direcciones departamentales para crear y supervisar planes a escala departamental, sobre la base del modelo de la UCS.
- c. Aumento de la eficiencia y la equidad en el uso de los recursos internos y externos, merced al aumento de la capacidad del MSPP para cumplir a cabalidad las funciones de coordinación de ayuda, trazado de directrices, regulación, fijación de normativas, elaboración del presupuesto y administración.
- d. Iniciación de un proceso a largo plazo cuya meta sea la sostenibilidad financiera, mediante la constitución de una base analítica y el desarrollo de un modelo (o modelos) sostenible de prestación de servicios.

2. La experiencia de los donantes

- 1.33 En 1989, el Banco suministró fondos por medio de una cooperación técnica no reembolsable para la preparación de estudios de prefactibilidad y factibilidad con vista a la regionalización de los servicios de salud. El estudio de prefactibilidad se inició en 1991 y se interrumpió debido a la crisis política y, en definitiva, el MSPP lo consideró inaceptable. En 1995, se reactivó la cooperación técnica y el gobierno convino con el BID en usar los fondos restantes para apoyar la preparación y puesta en práctica de la política recién elaborada, por medio de estudios focalizados y de corto plazo. Por consiguiente, el estudio de factibilidad fue sustituido por una serie de estudios de corta duración concebidos para suministrar información para la preparación del programa de inversiones descrito en este documento.
- 1.34 Desde 1995 la ejecución de la cooperación técnica ha constituido una experiencia positiva. El MSPP escogió un equipo adecuado que captó rápidamente las normas y lineamientos del BID. Mediante el uso de procedimientos cortos, el equipo seleccionó y contrató a varios equipos de consultores para llevar a cabo estudios y cumplió todos los compromisos asumidos hasta la fecha.
- 1.35 Otros donantes, incluidos el Banco Mundial, USAID, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Europea (UE), tienen una tradición más prolongada de trabajo en el sector de salud. Las principales lecciones que puede extraerse de la experiencia de la mayoría de los donantes son: i) ha de tratarse las limitaciones estructurales que impiden la prestación de servicios sanitarios de calidad en general, en lugar de concentrarse exclusivamente en los programas verticales de control de enfermedades; ii) es necesario superar los obstáculos que opone a la ejecución la falta de capacidad técnica y administrativa en el ámbito del MSPP; y

iii) debe evitarse las tensiones que se suscitan cuando unidades ejecutoras ajenas al Ministerio asumen funciones técnicas paralelas.

- 1.36 Actualmente los principales donantes apoyan el desarrollo del modelo de la UCS y, con esto, la desconcentración de la autoridad del gobierno central y su traspaso a las direcciones departamentales. Con esta finalidad, por ejemplo, el BID y USAID colaboraron con el MSPP en la dirección de un taller de consenso sobre la puesta en práctica de la estrategia de la UCS. El BID y el Banco Mundial se unieron para diseñar estudios de financiación de UCS y el BID y el MSPP organizaron un taller sobre el mismo tema. Además, los principales donantes tratan de infundir coherencia y compatibilidad a sus recetas sobre políticas. El BID, el Banco Mundial, USAID y la Unión Europea colaboraron en la preparación de un examen del gasto público que generó recomendaciones para la reasignación de las partidas. La Unión Europea, y esto es importante, manifestó su interés en asegurar que las condiciones de políticas para su apoyo presupuestario sean congruentes con las estipuladas para el programa actual del BID.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos

1. Meta

- 2.1 La meta del programa consiste en apoyar los esfuerzos del gobierno para mejorar el estado de salud de la población haitiana mediante el aumento de la calidad, la eficiencia y la equidad de la prestación de los servicios sanitarios, por el sector público y el privado en el marco del sistema nacional de salud. En el largo plazo, este programa contribuirá significativamente a la configuración de un sistema de atención de salud integrado y sostenible, en el que las ONG y los prestadores públicos trabajen de manera eficiente y coordinada para maximizar la cobertura y la calidad de los servicios de atención sanitaria básica.

2. Objetivos

- 2.2 Habida cuenta de la gravedad de los problemas del sector de salud y de las crueles realidades económicas del país, en el marco del programa propuesto sólo será posible tomar las medidas iniciales para la consecución de la meta a largo plazo. Los objetivos concretos y más modestos del programa, son: i) el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados y el acceso a éstos de una forma que sea sostenible en el largo plazo, tanto desde el punto de vista financiero como institucional ^{8/}; ii) el aumento de la eficiencia de los servicios a nivel nacional; y iii) la configuración de modelos de financiamiento y prestación de servicios de salud básicos, que puedan duplicarse en el ámbito nacional.

B. Generalidades del programa

- 2.3 Como puede observarse en el Cuadro 3, el programa ha sido concebido con objeto de tratar un conjunto de problemas persistentes que han limitado la capacidad del sector para mejorar las condiciones sanitarias. Mediante la capitalización de las energías y los recursos existentes, incluidos el activo sector no gubernamental y la comunidad de ayuda, se procurará que el programa sustente el establecimiento o el fortalecimiento de redes de salud locales para la prestación de servicios de atención sanitaria eficaces en función del costo, el refuerzo del apoyo a esas redes en los ámbitos departamental y central, la creación de un cauce para financiación interna e internacional a fin de contratar servicios

^{8/} Durante la primera etapa del programa se dará cobertura a un millón de beneficiarios, aproximadamente y durante la segunda etapa se atenderá a otro 1,8 millón.

sanitarios y la iniciación de un movimiento tendiente a crear un sistema sustentable desde el punto de vista financiero que responda a los consumidores.

Cuadro 3
Correspondencia entre problemas sectoriales, estrategias y componentes del proyecto

Principales problemas y síntomas del sector	Recursos y aspectos positivos del sistema	Objetivos del proyecto y estrategias propuestas	Componentes y subcomponentes del proyecto
<ul style="list-style-type: none"> • Tasas altas de morbilidad y mortalidad evitables • Acceso deficiente a servicios de salud de calidad • Distribución desigual de los beneficios del gasto público 	<ul style="list-style-type: none"> • Un sector de ONG activo, especialmente en el medio rural 	<p>Mejorar la <u>calidad de los servicios de salud básicos y el acceso a éstos</u> mediante el establecimiento y refuerzo de asociaciones público privadas para la prestación de esos servicios, sobre la base de los recursos existentes.</p>	<p>Componente I: Desarrollo del modelo de UCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extensión de la atención básica - Administración, rehabilitación y SISG - Participación de la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación entre los sectores público y privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa de la comunidad en el nivel departamental 	<p><u>Apoyar la prestación de servicios de calidad</u> mediante el aumento de la capacidad de las direcciones departamentales para crear y supervisar planes de alcance departamental.</p>	<p>Componente II: Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración, coordinación y supervisión - SISG
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de focalización efectiva en las poblaciones y en las condiciones sanitarias • Uso ineficiente de la ayuda externa • Falta de capacidad para cumplir las funciones de fijación de políticas, establecimiento de normativas y administración 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad de ayuda activa • Reconocimiento de los beneficios de la descentralización 	<p>Aumentar la <u>eficiencia y la equidad del uso de los recursos internos</u> mediante el aumento de la capacidad del Ministerio de Salud Pública y Población para cumplir a cabalidad las funciones elementales de trazado de directrices, fijación de normativas, elaboración del presupuesto y administración.</p> <p>Aumentar la <u>eficiencia y la equidad del uso de los recursos externos</u> mediante el mejoramiento de la coordinación y el seguimiento de la ayuda.</p>	<p>Componente III: Fortalecimiento institucional de las direcciones centrales</p> <ul style="list-style-type: none"> - SISG - Gerencia y administración - Comisión Nacional de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia crónica de la financiación para servicios de salud • Falta de atención de los servicios públicos a la demanda 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad creciente frente a la necesidad de una mayor independencia financiera 	<p>Iniciar un <u>proceso a largo plazo cuya meta sea la sostenibilidad financiera</u>, mediante la constitución de una base analítica y el desarrollo de un modelo (o modelos) sostenible de prestación de servicios.</p>	<p>Componente IV: Viabilidad y permanencia del sistema reorganizado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demostración de generación de ingresos - Base analítica - Plan de financiamiento sostenible

- 2.4 El programa pondrá énfasis en la reorganización, administración y supervisión de los servicios sanitarios en los niveles local y departamental del sistema de salud y encauzará la mayor parte de los recursos hacia este aspecto 9/. Esto reforzará la política de descentralización fijada por el gobierno y focalizará los recursos del programa en los niveles más próximos a la comunidad. Se asegurará, asimismo, que el programa genere beneficios inmediatos para los núcleos familiares pobres y beneficios en el largo plazo para todo el sistema. Por medio del programa se brindará asistencia técnica, capacitación, insumos materiales y apoyo focalizado para sufragar costos ordinarios para la prestación de un conjunto mínimo de servicios. En algunos casos, el programa fortalecerá a redes que ya están establecidas y en funcionamiento (anteriores a la UCS) por la vía del ofrecimiento de capacitación gerencial y clínica focalizada y mejoras marginales en las condiciones físicas. La mayor contribución del programa a esas redes existentes consistirá en la creación de un canal del que se pueda depender para el financiamiento de los servicios de salud con arreglo a contratos por resultado. No obstante, en la mayoría de los casos el programa ayudará a crear nuevas redes conformadas por prestadores existentes que en la actualidad operan con poca coordinación interinstitucional. La primera contribución del programa residirá en el fortalecimiento institucional fundamental. Una vez que haya aumentado la capacidad institucional, las instituciones asociadas en la red reunirán los requisitos para recibir financiamiento por conducto de contratos por resultado.

C. La concentración geográfica

- 2.5 La focalización regional del programa -vale decir, donde se brindará apoyo directo a la prestación de los servicios- comprenderá los departamentos Norte, Noroeste, Centro y Artibonite. Se eligió estas zonas en razón de sus necesidades, de la falta de otros proyectos de donación importantes y del potencial que tienen como modelo para otros departamentos. En esos departamentos, en conjunto, el programa puede brindar cobertura a unos 2 millones de haitianos (alrededor de 28% del total). La mayoría de los beneficiarios estará constituida por mujeres pobres y niños menores de cinco años que actualmente están expuestos a grandes riesgos sanitarios. En el Cuadro 4 se presenta las características salientes de esos departamentos.

9/ Habida cuenta de las necesidades agobiantes de Haití, en el caso de este proyecto se ha optado por concentrarse en servicios básicos y eficaces en función del costo y en las funciones auxiliares que puedan requerir esos servicios. Por consiguiente, el programa sólo apoya las actividades de los niveles departamental y central que afecten directamente el acceso a servicios de salud básicos y la calidad de éstos.

Cuadro 4
Características del sector de salud en cuatro departamentos

Departamento	Población (miles)	Hospitales	Centros de salud	Dispensarios	UCS	Presupuesto del MSPP (1996-1997) (millones de gourdes)
Norte	727,6	1	20	30	9	45.653
Noroeste	399,5	1	11	46	6	15.117
Centro	470,3	2	11	31	6	32.804
Artibonite	963,1	4	27	52	6	16.763
Todo el país	6.902,6	49	200	405	58	450.000

Nota: La información sobre población e instalaciones sanitarias proviene del estudio de antecedentes sobre descentralización, que abarcó instalaciones públicas y privadas. El número de UCS proviene del taller sobre consenso en torno a las UCS, de diciembre de 1996; el MSPP no aceptó oficialmente enumerar las UCS, por lo cual se trata de cifras provisionales. Los datos del presupuesto del MSPP son del estudio sobre descentralización.

- 2.6 El programa también tendrá varias repercusiones de alcance nacional. En primer lugar, dará apoyo a las funciones centrales del MSPP y, por ende, surtirá efectos positivos en la financiación, administración y prestación de los servicios de salud en todo el país. Segundo, el programa apoyará la preparación de un plan de sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. Finalmente, la elaboración, puesta en práctica, evaluación y ajuste del modelo de prestación de servicios tiene importantes efectos demostrativos para todas las zonas geográficas.

D. Las etapas del programa

- 2.7 El programa, concebido como una operación de seis años con un costo total estimado de US\$50 millones (el financiamiento del Banco asciende a US\$45 millones), se ejecutará en dos etapas trienales, sustentadas por sendos préstamos del Banco de US\$22,5 millones. La aprobación de la segunda etapa se condicionará a la verificación de que se haya comprometido el 50% de los recursos de la primera y que se haya alcanzado progresos satisfactorios durante el primer período de 24 meses de ejecución (véase en el Capítulo III, "Ejecución", los procedimientos propuestos para la aprobación de la segunda etapa por el Directorio).

E. Los componentes

1. Desarrollo del modelo de UCS (Todo el programa, US\$26,2 millones, 52,4% del costo total; primera etapa, US\$14,7 millones; segunda etapa, US\$11,5 millones)
- 2.8 Este componente apoyará el establecimiento de un modelo de red sanitaria local (UCS) de prestación de servicios de atención de salud en cuatro departamentos y la creación de un canal de financiamiento para esos servicios. El apoyo a cada una de las aproximadamente 27 UCS se basará en un plan integral de UCS preparado inicialmente por un grupo de trabajo ("groupe de pilotage") identificado por las respectivas direcciones departamentales.
- 2.9 Las inversiones en el marco de este componente permitirán desarrollar los planes de UCS, establecer y poner en funcionamiento los consejos comunitarios de supervisión de las UCS, fortalecer la capacidad administrativa institucional para mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, y ofrecer un plan de servicios de salud esenciales para un sector considerable de la población haitiana. Durante la primera etapa del programa, estas actividades se ensayarán en unas 15 redes de UCS y para el término del programa de seis años habrá alrededor de 27 redes de UCS en funcionamiento.
- 2.10 El componente, por medio de un plan integrado de construcción y rehabilitación en pequeña escala, asistencia técnica, capacitación y financiamiento de costos ordinarios de los servicios mediante convenios por resultados, apoya actividades en tres subcomponentes, a saber:
 - a. Extensión de servicios de salud básicos
- 2.11 El apoyo a la extensión de los servicios de salud básicos tiene estas tres dimensiones: i) permitirá poner al alcance de las familias pobres del medio rural servicios sanitarios más variados, de mejor calidad y más eficaces en función del costo; ii) estimulará a los prestadores públicos y privados para que se especialicen en la prestación de servicios esenciales, conforme a la política de salud del gobierno y a las normas internacionales; y iii) creará un mecanismo financiero merced al cual el gobierno y los donantes podrán canalizar recursos de manera que recompense la prestación eficiente de servicios de buena calidad. Se prevé que las dos primeras dimensiones rindan beneficios inmediatos, mientras que la tercera coadyuvará a la búsqueda de estrategias de financiación sostenible en el largo plazo.
- 2.12 En este subcomponente, una porción de los recursos del préstamo se usará para financiar contratos y/o convenios por resultado que subsidiarán la oferta de un plan de servicios de salud básicos a una población geográficamente definida. Los acuerdos se

establecerán entre el MSPP y aproximadamente 27 redes de servicios de salud (UCS) en cuatro departamentos. El subsidio irá de US\$3 a US\$6 per cápita, conforme a los métodos de adjudicación que se describen en el Capítulo III, Sección D.

b. Administración, rehabilitación y sistemas de información sanitaria y gerencial

- 2.13 Este subcomponente brinda planes de asistencia técnica, capacitación, insumos de rehabilitación en pequeña escala y equipos para apoyar el establecimiento y fortalecimiento de aproximadamente 27 UCS y sus instituciones asociadas. Habida cuenta de la amplia diversidad de las condiciones locales y de las competencias existentes en las instituciones asociadas de las UCS, cada UCS estará en condiciones de obtener la asistencia del programa sobre la base de su plan individual y de su capacidad administrativa. Esto permitirá que las UCS que no estén en funcionamiento reciban la asistencia que necesitan para ponerse en marcha sin sobrepasar su capacidad de absorción. Este método también permitirá que los programas que ya están funcionando como "pre UCS" evolucionen rápidamente como modelos para otras UCS y sirvan como sitios de estudios operacionales 10/.
- 2.14 El programa de inversión en asistencia incluirá asistencia técnica y capacitación en materias de planificación y administración, sistemas de información gerencial, sistemas financieros, suministros y logística y capacitación, control ambiental, administración y supervisión de personal, y educación médica y de enfermería continua. La rehabilitación y construcción en pequeña escala de dispensarios y centros de salud y el equipamiento básico de esas dependencias, también se basarán en los planes de UCS aprobados. No se proveerá equipos ni infraestructura antes del comienzo de la asistencia técnica y/o la capacitación para respaldar el fortalecimiento gerencial. No se prevé apoyo importante para los servicios a nivel de hospital.

c. Iniciativa de participación de la comunidad

- 2.15 La financiación para la asistencia técnica y los talleres locales tendrá por objeto asegurar la atención sistemática a la obtención del aporte de la comunidad para la preparación del plan de la UCS, la creación del consejo local de salud para la supervisión y eventual gestión de las UCS por la comunidad y la difusión de

10/ Gracias a las bases establecidas por las inversiones de otros donantes y a las actividades de planificación financiadas en el marco de la cooperación técnica ATN/SF-3403-HA, del BID, hay varias pre-UCS, entre ellas las de Maissade, St. Marc, Cap Haïtien y Henche, que están próximas a completar sus planes de desarrollo y estarán en condiciones de prestar asistencia a otras UCS que no hayan avanzado en la misma medida.

información acerca de las actividades de la UCS y sus instituciones asociadas.

2. Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales (Todo el programa, US\$9,7 millones, 19,4% del costo total; primera etapa, US\$3,9 millones; segunda etapa, US\$5,8 millones)

- 2.16 Este componente fortalecerá la capacidad de las direcciones departamentales del MSPP para apoyar la prestación de servicios básicos en las cuatro circunscripciones que comprende el programa, usando el modelo de la UCS. Los insumos que financiará este componente -asistencia técnica, capacitación, rehabilitación en pequeña escala de oficinas y equipos básicos de oficina y comunicaciones- facilitarán la puesta en práctica de la política de descentralización del gobierno.
- 2.17 Se prevé que los resultados de las inversiones de este componente del programa mejorarán la supervisión, coordinación y capacidad de planificación a fin de asegurar la calidad y la mayor accesibilidad de los servicios de salud en cuatro departamentos. Las inversiones de la primera etapa se concentrarán en la ampliación de las capacidades básicas, principalmente por medio de la asistencia técnica. Las inversiones de la segunda etapa fortalecerán y ampliarán los sistemas de información sanitaria y gerencial, así como la infraestructura material de las oficinas departamentales.

a. Administración, coordinación y supervisión

- 2.18 Sobre la base de una evaluación de las necesidades, este subcomponente brinda asistencia técnica y capacitación a las cuatro direcciones departamentales en materia de planificación, gestión de recursos humanos, financieros y materiales, garantía de calidad, supervisión y logística. Cada una de estas funciones es necesaria para apoyar el nuevo método de prestación de los servicios y financiación, que supone el modelo de la UCS.
- 2.19 Este subcomponente también brinda apoyo para la rehabilitación en pequeña escala de las oficinas de las direcciones departamentales, tornándolas funcionales para albergar el papel mas amplio y vigoroso de estas unidades en el marco de un sistema de salud descentralizado.

b. Sistema de información sanitaria y gerencial

- 2.20 Este subcomponente provee asistencia técnica y los equipos necesarios para el establecimiento de un sistema básico de información sanitaria y gerencial (SISG), que le permitirá a las direcciones departamentales recibir y analizar la información del nivel de las UCS. Este sistema de información se usará para análisis, solución de problemas y retroinformación al equipo directivo de las UCS, así como para informar al MSPP.

3. Fortalecimiento institucional de las direcciones centrales
(Todo el programa, US\$4,5 millones, 9% del costo total; primera etapa, US\$2,5 millones; segunda etapa, US\$2,0 millones)
- 2.21 Este componente tiene por objetivo mejorar la capacidad de las dependencias centrales del MSPP en los aspectos esenciales para el cumplimiento cabal de sus funciones en materias de fijación de políticas, establecimiento de normas, preparación de reglamentos y vigilancia de su cumplimiento, y financiamiento de la prestación de servicios a los sectores de población pobres, usando recursos internos y externos. Los principales insumos son la asistencia técnica y la capacitación, con una cantidad limitada que se asignará a equipos. Se prevé que este componente permitirá mejorar la capacidad en aspectos auxiliares clave y mejorará la coordinación de la ayuda externa. Las inversiones de la primera etapa se concentrarán en la provisión de asistencia técnica y equipos limitados. Las inversiones de la segunda etapa intensificarán los esfuerzos aplicados a la coordinación sectorial y de los donantes.
- a. Sistema de información sanitaria y gerencial
- 2.22 Este subcomponente provee asistencia técnica y los equipos necesarios para el establecimiento de un sistema básico de información sanitaria y gerencial, que le permitirá al MSPP recibir y analizar la información de las direcciones departamentales. Este sistema de información se usará para análisis, solución de problemas y retroinformación al equipo directivo de las direcciones departamentales, así como para informar al gobierno y a las instituciones asociadas en las operaciones del sector de salud.
- b. Gerencia y administración
- 2.23 Se brindará apoyo a la asistencia técnica y la capacitación en materias de planificación y administración, estudio de operaciones, garantía de calidad, capacitación, supervisión, comunicación sanitaria, sistemas de financiamiento y regulación y administración de recursos humanos.
- c. Comisión Nacional de Salud y Coordinación de la Ayuda
- 2.24 Este subcomponente prestará apoyo para la creación y puesta en funcionamiento de un órgano asesor intersectorial, que oficiará como foro para intercambio de información, coordinación entre los ministerios y representación de las opiniones de prestadores de servicios de salud privados, con y sin fines de lucro. Además, este subcomponente brindará apoyo para varios talleres sobre coordinación de la ayuda y su seguimiento, incluidos la difusión de los resultados de los talleres, reuniones bilaterales con las instituciones donantes y estudios focalizados sobre la coordinación de la ayuda.

4. Viabilidad y permanencia del sistema reorganizado (Todo el programa, US\$4,2 millones, 8,4% del costo total; primera etapa, US\$1,3 millón; segunda etapa, US\$2,9 millones)

2.25 Este componente brindará apoyo a las medidas iniciales encaminadas a lograr la sostenibilidad financiera del sistema de salud, merced a la utilización, mantenimiento y actualización de una base analítica, el diseño de un sistema de contabilidad consolidada de las fuentes de financiamiento de las actividades en materia de salud, evaluación de los experimentos de generación de ingreso y la preparación de un plan viable para la financiación del sistema de salud. Los insumos son asistencia técnica, capacitación y apoyo a talleres. Se prevé, durante la primera etapa, la iniciación de un número limitado de proyectos demostrativos de generación de ingresos y la realización de algunas encuestas de recolección de datos, pero la mayor parte de las actividades de este subcomponente tendrá lugar durante la segunda etapa del programa.

a. Proyectos demostrativos de generación de ingresos

2.26 Este subcomponente ofrece asistencia técnica a las UCS y sus instituciones asociadas, para el diseño de estrategias de obtención de ingresos. Esas estrategias pueden promover la generación de ingreso local mediante la prestación de servicios sanitarios (por ejemplo cobros al usuario, sistemas locales de seguro de salud u otros mecanismos) o la oferta de bienes y servicios no relacionados con la salud (por ejemplo producción y venta de artesanías por ONG para el subsidio cruzado de servicios sanitarios). Los métodos usados dependerán de las condiciones locales y se propondrán en el plan de la UCS. La asistencia será suministrada por la Unidad Ejecutora y por medio de asistencia técnica externa para el desarrollo y seguimiento de experimentos de generación de ingresos. Además, este subcomponente apoyará la evaluación externa de los distintos experimentos de generación de ingresos que lleven a cabo las UCS y brindará un análisis de las enseñanzas extraídas, por ejemplo una estimación de la proporción de los costos totales que pueda preverse, razonablemente, que se cubrirá con los pagos de usuarios en las zonas rurales.

b. Base analítica

2.27 Este subcomponente financiará el uso de los datos existentes y el respaldo a una serie de estudios relacionados con los gastos públicos y privados y el costo de la prestación de los servicios en las instituciones públicas y privadas. Los estudios brindarán, por ejemplo, la información técnica necesaria para las cuentas nacionales de salud y la preparación de un "índice de vulnerabilidad" que sirva para ponderar las asignaciones del gobierno central en forma de tomar en cuenta la igualdad económica y de género. Los estudios suministrarán las bases analíticas para preparar un plan financiero sostenible.

c. Plan financiero sostenible

2.28 Este subcomponente apoyará la preparación de un plan de financiamiento sostenible a escala nacional. Se proporcionará asistencia técnica y apoyo a talleres a fin de sintetizar la información de los otros dos subcomponentes (generación de ingresos y base analítica), y de obtener aportes de las partes interesadas. En el marco de este subcomponente, el MSPP preparará un plan decenal, amplio y pormenorizado, para reducir gradualmente, hasta eliminarlo, el apoyo de los donantes y aumentar, también en forma gradual, la financiación interna (pública y privada), mediante mecanismos que fomenten la equidad, la eficiencia y la sensibilidad frente a la elección del consumidor.

5. Evaluación y administración (Todo el programa, US\$5,4 millones, 10,8% del costo total; primera etapa, US\$1,4 millón; segunda etapa, US\$4 millones)

2.29 Este componente sufraga los costos administrativos del programa y la considerable inversión en la evaluación del proceso e impacto de las actividades. En este componente figuran todas las consultorías y talleres necesarios para el diseño gradual del programa (vale decir, la evaluación de problemas y obstáculos durante la primera etapa y la preparación de planes de trabajo para la segunda etapa).

F. El nexo entre los componentes

2.30 Los componentes del programa guardan relación entre sí, aunque tienen la independencia suficiente como para que la lentitud del progreso en un aspecto no entorpezca significativamente el avance en otros. Los nexos pueden resumirse así:

- (i) Todo el apoyo a nivel departamental, en el componente 2, se dirige a funciones clave que ayudan a sustentar las mejoras de calidad y acceso a las UCS en el componente 1.
- (ii) Todo el apoyo al nivel central en el componente 3, se dirige a funciones clave que ayudan a sustentar las mejoras de supervisión, planificación y coordinación a nivel departamental en el componente 2.
- (iii) El plan de financiamiento sostenible, en el subcomponente 4, se sustenta en la información generada mediante la ejecución de los planes de las UCS en el subcomponente 1a.
- (iv) El componente 4, de financiamiento sostenible, genera información que la Comisión Nacional de Salud difundirá y analizará, en el subcomponente 3c.

- (v) Las iniciativas de participación de la comunidad, en el subcomponente 1c, contribuirán al buen resultado de los experimentos de generación de ingresos en el subcomponente 4a, habida cuenta de la necesidad de que los prestadores de servicios obtengan información acerca de la demanda local y respondan a ésta, y de aprovechar los recursos locales.

G. Costos y financiación del programa

1. Costos del programa

- 2.31 Se estima que el costo total del programa asciende a US\$50 millones, de los cuales se financiará US\$45 con fondos del Banco. En el cuadro 5 se ofrece el desglose de los costos correspondientes a la primera etapa. Los cálculos de costos que no corresponden a infraestructura y equipos provienen de los planes de acción y niveles correspondientes de esfuerzo preparados para cada una de las actividades del programa. Los cálculos de costos de infraestructura y equipos se basan en un análisis de necesidades preparado con el aporte de las direcciones departamentales. El costo de financiamiento de la prestación de servicios se basa en estimados de las poblaciones objetivo en cada región y el costo de los servicios que habrá de suministrarse. Esos estimados aparecen en los documentos elaborados durante la preparación del programa (estudio sobre el establecimiento de las UCS, estudio de antecedentes sobre descentralización y estudio de antecedentes sobre las prioridades departamentales en materia de inversiones). Es importante señalar que los costos estimados de servicios y otras actividades están sujetos a revisión durante la evaluación de la primera etapa.

2. Plan de financiación

- 2.32 La suma equivalente a US\$45 millones representa el 90% del costo total del programa y, por ende, las porciones de la primera y segunda etapas financiadas mediante el préstamo del Banco representan el 90% del costo de los subprogramas. El gobierno financiará el equivalente a US\$5 millones, es decir el 10% del costo total del programa, dividido entre las dos etapas. Habida cuenta de que se considera que esta es una inversión focalizada en la pobreza, la matriz es 90/10. El período de ejecución de cada etapa será 36 meses y el período de desembolso 40 meses.

Cuadro 5
Costos del programa y plan de financiación de la primera etapa
(US\$ miles)

Categorías	BID	GOH	Local	% del Total
1: Desarrollo del modelo de UCS				
Subtotal	12.439	2.300	14.739	59,0%
Consultorías	16		16	0,06%
Capacitación	1.277		1.277	5,1%
Equipo	860		860	3,4%
Obras civiles	3.836		3.836	15,3%
Costos recurrentes	6.450	2.300	8.750	35,0%
Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales				
Subtotal	3.929		3.929	15,7%
Consultorías	1.554		1.554	6,2%
Capacitación	762		762	3,0%
Equipo	1.373		1.373	5,4%
Obras civiles	150		150	0,6%
Fortalecimiento institucional de las direcciones centrales				
Subtotal	2.486		2.486	9,9%
Consultorías	1.085		1.085	4,3%
Capacitación	837		837	3,5%
Equipo	414		414	1,7%
Obras civiles	150		150	0,6%
Viabilidad y permanencia del sistema reorganizado				
Subtotal	1.349		1.349	5,4%
Consultorías	705		705	2,8%
Capacitación	280		280	1,1%
Equipo	4		4	0,02%
Obras civiles	360		360	1,4%
Evaluación y administración				
Subtotal	1.447		1.447	5,8%
Consultorías	1.178		1.178	4,7%
Capacitación	21		21	0,1%
Equipo	198		198	0,8%
Obras civiles	50		50	0,2%
Costos financieros				
Subtotal	850	200	1.050	4,2%
Comisión de inspección	250		250	1,0%
Interés	600		600	2,4%
Comisión de crédito		200	200	0,8%
TOTAL GENERAL	22.500	2.500	25.000	100,0%
PORCENTAJE DEL TOTAL	90,0%	10,0%	100,0%	

III. EJECUCIÓN

A. Principios del diseño

3.1 Hay varios principios que fundamentan el diseño del programa, a saber:

1. La incorporación de las lecciones adquiridas y la flexibilidad

3.2 El programa se ha diseñado para permitir la evaluación y el ajuste sistemáticos en etapas clave de la ejecución. Tanto el Banco como el gobierno, al utilizar un "diseño progresivo" en dos etapas, están en condiciones de articular con claridad los objetivos, la escala y el alcance del programa. De igual modo, ello permite que las partes reaccionen con rapidez frente a las lecciones adquiridas con la experiencia y las nuevas necesidades, a medida que se presenten. Por ejemplo, se prevé que durante los dos primeros años del programa se pondrá a prueba distintas estructuras orgánicas de la UCS, se hará una evaluación provisoria en la que se examinarán las experiencias positivas y negativas, y las lecciones adquiridas se utilizarán en el proceso de toma de decisiones posterior relacionado con las estructuras orgánicas que se respaldarán.

2. Asignación de los recursos sobre la base de la demanda y capacidad de absorción

3.3 Cada una de las UCS (o dirección departamental o central) obtendrá asistencia del programa con fundamento en planes de acción individuales en lugar de depender de un plan central que ordena las actividades y la asistencia a niveles inferiores. Las ventajas de este método son las siguientes: i) pone énfasis en la planificación descentralizada y evita la centralización excesiva de las actividades del programa en el nivel nacional, ayuda a que los beneficiarios se identifiquen con el programa y permite un enfoque participatorio en la periferia para impulsar el programa; ii) permite que las pre-UCS existentes, tengan rápido acceso a recursos y sirvan como modelos de desarrollo para otras UCS y, al mismo tiempo, permite que las UCS que no están en funcionamiento reciban asistencia para iniciar sus actividades sin abrumar su capacidad de absorción 11/; iii) simplifica el proceso de planificación y presupuestación de la Unidad de Coordinación (cellule de coordination o UC), ya que en el plan y presupuesto de la UC se preverá la demanda de cada tipo de asistencia, por ejemplo

11/ Se ha elaborado un sistema de cinco niveles para clasificar las UCS de acuerdo con su grado de preparación y capacidad de absorción. El sistema clasifica a las UCS sobre la base de su infraestructura en funcionamiento, organización comunitaria y coordinación entre las instituciones asociadas.

"rehabilitación de 50 dispensarios durante 1998" sin que se deba especificar de antemano su ubicación; iv) puede llegar a crear una competencia saludable entre las UCS (o las direcciones).

3. Anticipación de cuellos de botella para evitarlos

- 3.4 Las estrategias que tienen como objetivo eliminar posibles cuellos de botella en la toma de decisiones serán útiles en la ejecución de varias partes del programa. Por ejemplo, durante la ejecución del componente 1 (Modelo de UCS), los planes de las UCS se presentan a las direcciones departamentales. Este sistema se ha diseñado para fortalecer las funciones recientemente descentralizadas del MSPP, pero encierra el riesgo de que se obstaculice la ejecución del programa si el período de tramitación a nivel departamental es excesivo. En razón de ello el plan de la UCS podrá presentarse directamente a la unidad ejecutora del programa en el caso de que el director departamental no responda en el curso de 10 días hábiles.

4. Plan para transferencia de las responsabilidades a medida que aumenta la capacidad

- 3.5 Las deficiencias actuales del MSPP indican que es improbable que se pueda llevar a cabo un programa de este volumen, con eficiencia y oportunidad, sin la creación de una unidad de coordinación. La UC no dispondrá de una plantilla de personal técnico que duplique la labor del propio Ministerio, no obstante lo cual será responsable de la planificación, administración y evaluación del programa. A medida que las actividades del programa fortalezcan la capacidad a nivel central y departamental, se podrá integrar a la labor cotidiana de los dos niveles ministeriales algunas de las funciones de la UC.

B. Estructura orgánica para la ejecución del programa

- 3.6 El MSPP será el organismo ejecutor y establecerá una unidad de coordinación (cellule de coordination) para llevar a cabo el programa. En el marco de la estructura orgánica del MSPP, la UC dependerá de la Dirección General de Planificación y Cooperación Externa General y, tras la aprobación de los planes de acción, se la facultará para coordinar las actividades del programa y aprobar los desembolsos a todas las otras unidades pertinentes del Ministerio, incluidas las direcciones centrales y departamentales y a las principales instituciones de las UCS participantes.

1. Misión y funciones de la unidad de coordinación

- 3.7 La misión de la UC consistirá en coordinar la realización de todas las actividades del programa. Las funciones de la UC son las siguientes: i) preparar planes de operación para cada uno de los componentes del programa en coordinación con las unidades pertinentes del MSPP (los planes de operaciones son síntesis de los

planes de trabajo detallados de cada subcomponente); ii) preparar toda la documentación pertinente relacionada con el cumplimiento de las condiciones contractuales; iii) contratar firmas y personas para la provisión de bienes y servicios y supervisar sus actividades; iv) participar con las unidades pertinentes del MSPP en la preparación de términos de referencia para la capacitación y asistencia técnica; v) asegurar que se cumpla con el calendario de actividades del programa; vi) diseñar y mantener un sistema de información técnica y financiera para las actividades del programa; vii) divulgar información acerca del programa; viii) preparar solicitudes de desembolso para presentar al Banco que deberán estar respaldadas por los documentos debidos; ix) establecer un sistema contable que permita el control adecuado del uso de los recursos del programa (tanto del Banco como de contrapartida); x) preparar informes técnicos y financieros periódicos utilizando formatos modelo; xi) cumplir con las condiciones del contrato de préstamo; y xii) coordinar la realización de evaluaciones periódicas y la etapa de diseño.

2. Estructura y composición de la unidad coordinadora

- 3.8 Al inicio del programa, la UC estará integrada por cinco a ocho profesionales en los campos de especialización que se indican en el Cuadro 6. Todos los miembros de la UC serán contratados por un período de dos años y la renovación de los contratos dependerá de evaluaciones de desempeño que se incluirán en evaluaciones periódicas. Los cargos que deben ocuparse antes del primer desembolso son los siguientes: Coordinador (1), especialistas técnicos (1-3) (3) y especialista financiero (1).

Cuadro 6
Dotación de personal de la unidad de coordinación

Cargo	Responsabilidades	Transferencia de responsabilidad para la segunda etapa
Coordinador (1)	Supervisar la evolución de todas las actividades del proyecto y el cumplimiento de los procedimientos conforme a los requisitos del Banco.	
Especialista(s) técnico(s) (1-3) UCS y Departamentos del Norte y Noroeste UCS y Departamentos del Centro y Artibonite Financiamiento central y sostenible	Preparar planes de operación para las actividades bajo su campo de acción; asegurar la ejecución oportuna de las actividades; ofrecer asistencia técnica a los departamentos.	Estas funciones se transferirán a las correspondientes direcciones departamentales del MSPP y a la dirección de planificación en el nivel central.
Especialistas financieros (2)	Ofrecer respaldo financiero y administrativo a todas las actividades del proyecto, incluido el mantenimiento de registros contables, la tramitación de desembolsos, el mantenimiento de registros administrativos, contratos y la realización de actividades conexas; el examen de los contratos y la preparación de los pagos correspondientes a actividades aprobadas por los coordinadores técnicos.	Estas funciones se transferirán a la dirección financiera del MSPP.
Administrador (1)	Ofrecer respaldo en el seno de la UC	
Especialista en informática (1)	Establecer una base de datos —o más— para almacenar y procesar información sobre actividades del proyecto y actividades del Ministerio relacionadas con ámbitos de interés del proyecto.	Estas funciones se transferirán a la dirección de planificación del MSPP.

- 3.9 Durante los primeros seis meses del programa, como mínimo, la UC necesitará contar con asistencia técnica externa, en particular para la elaboración de los planes de operaciones y el diseño de los sistemas de información y contabilidad. Habida cuenta de la importancia que tiene la divulgación adecuada de las actividades del programa, los consultores organizarán talleres con la participación de las unidades pertinentes del Ministerio.
- 3.10 *El prestatario deberá, como condición previa al primer desembolso del financiamiento, presentar prueba al Banco de que se ha creado una unidad de coordinación (cellule de coordination) en la*

Dirección de Planificación y Cooperación Externa (DPCE) para la ejecución del proyecto y de que la ha dotado de profesionales, quienes deberán tener los antecedentes profesionales que se mencionaron más arriba.

C. Pautas generales de operación

1. Lugar de trabajo

- 3.11 Todas las actividades del programa se llevarán a cabo con fundamento en la preparación de planes de trabajo. Se utilizarán planes individuales para cada una de las etapas y para cada uno de los subcomponentes (por ejemplo, hay un plan de trabajo para la etapa I, componente 3). Los aportes técnicos a los planes de trabajo figuran en los documentos de antecedentes que se elaboraron durante la preparación del programa.

2. Reglamento de Operaciones

- 3.12 Todas las funciones, actividades y procedimientos de la UC y cada uno de los subcomponentes se guiarán por un reglamento de operaciones. El Reglamento de Operaciones se transformará en el Manual de Operaciones del programa y podrá ser modificado cuando sea necesario, previa aprobación del Banco.
- 3.13 *Antes del primer desembolso, el Prestatario deberá presentar al Banco la versión final del Manual de Operaciones del programa, en el cual se enuncian las normas de operación. En el Manual se describirán todas las funciones, actividades y procedimientos de la unidad de coordinación (cellule de coordination), así como cada uno de los componentes del programa.*

3. Reconocimiento de gastos anteriores

- 3.14 El Banco podrá reembolsar al prestatario por gastos admisibles posteriores a la fecha de aprobación del préstamo y anteriores a la fecha de entrada en vigor del contrato de préstamo. Todos esos gastos se ajustarán a los procedimientos aceptados del Banco.
- 3.15 En el caso de que el Banco determine, con fundamento en los exámenes sistemáticos a los que se hace referencia en la Sección F y en otras evaluaciones en las que participe, que el gobierno no ha entregado los recursos de contrapartida de manera oportuna, el gobierno y el Banco suspenderán la autorización de nuevas actividades y de llamados a licitación, competencia de precios u otras formas de contratación para la adquisición de bienes y contratación de servicios que se financiarían con recursos del préstamo hasta que el gobierno haya tomado medidas adecuadas, que sean satisfactorias para el Banco, para cumplir con sus obligaciones de contrapartida y asegurar que en el futuro esos recursos se suministren de manera oportuna.

4. Adquisiciones

- 3.16 La adquisición de bienes y la contratación de servicios se harán de acuerdo con las pautas del Banco, conforme se establece en el Anexo B del contrato de préstamo y esas actividades estarán a cargo de la UC. Se requerirá licitación pública internacional para la adquisición de bienes por un valor superior a US\$350.000 y para los contratos de construcción por más de US\$1 millón 12/. En los anexos de operaciones se presentan pautas y procedimientos relacionados con adquisiciones por valores inferiores. La contratación de servicios de consultoría se ajustará a las políticas del Banco en materia de selección y contratación de consultores.

5. Adquisición de tecnología de información

- 3.17 Antes de adquirir el equipo computadorizado para respaldar el programa, el prestatario deberá presentar al Banco documentos, que éste deberá considerar aceptables, sobre el diseño del sistema, cumplimiento con las exigencias de conexiones eléctricas y cableado y disponibilidad de personal capacitado en los programas de informática que se utilizarán.

D. Ejecución de componentes de la primera etapa

1. Desarrollo del modelo de UCS

- 3.18 Al inicio del programa, cuando puede que no estén plenamente en funcionamiento los consejos locales de salud, las direcciones departamentales de los cuatro departamentos seleccionarán los miembros de los grupos de trabajo para cada una de las UCS, que incluirán a representantes de la comuna (médico o autoridad local), la comunidad, establecimientos sanitarios seleccionados y ONG que trabajen en la zona geográfica de la UCS. Esos grupos de trabajo prepararán planes para las UCS con un formato modelo. Cada uno de los planes incluirá información sobre la población que se cubrirá, los servicios que se prestarán, la capacidad institucional de las organizaciones asociadas a la UCS, asistencia técnica gerencial y necesidades de capacitación, rehabilitación de equipo y equipo nuevo que se necesita para cada una de las instituciones asociadas, acciones de participación de la comunidad y experimentos que se proponen en materia de generación de recursos. (En el archivo técnico del proyecto figura un ejemplo del contenido y formato de un plan de UCS). Por otra parte, el plan de la UCS identificará cuál será la institución principal y ofrecerá información detallada sobre su capacidad de gestión financiera. (En última instancia, esa institución pasará a ser responsable de la gestión de los fondos suministrados en el marco del subcomponente 1 cuando el consejo local carezca de suficiente capacidad de gestión). La UC

12/ No se prevé contratos de ese monto en el caso de este proyecto.

podrá contratar asistencia técnica para que asesore en la elaboración de los planes de las UCS, en caso de que lo considere conveniente.

- 3.19 Cada uno de los grupos de trabajo presentará su plan para la UCS a la dirección departamental correspondiente, que lo examinará y aprobará (o devolverá al grupo de trabajo para que haga modificaciones). La dirección departamental dará traslado del plan aprobado al especialista técnico correspondiente de la UC.
- 3.20 El plan de la UCS, una vez presentado a la dirección departamental, y aprobado por ésta, constituye la referencia básica para la asignación de recursos e indica los tipos de servicios suministrados por cada una de las instituciones asociadas, así como el grado de utilización. Con base en la información sobre utilización, se preparará cálculos de la población atendida y se estimará el subsidio total para la UCS. Por ejemplo, el subsidio total podría ser la suma de US\$3 multiplicada por el número de personas en el caso de los establecimientos públicos y la suma de US\$6 por el número de personas en el caso de los establecimientos privados 13/.
- 3.21 Se suscribirá un contrato o acuerdo de desempeño entre la principal institución de la UCS y la dirección departamental del MSPP. En el contrato o acuerdo, que estará en vigencia por un año, se establecerán los servicios que se prestarán, el total de población que se cubrirá, el monto total de los fondos que se transferirán, las pautas de gestión financiera que se deberán cumplir, los criterios de seguimiento y evaluación, y las sanciones que se aplicarán por incumplimiento o malversión. Una vez firmado por ambas partes, los fondos especificados se transferirán por cheque de la UC a la institución principal de la UCS o al consejo local de salud, cuando éste tenga suficiente capacidad de gestión. A partir de ese momento la institución principal o el consejo local de salud serán responsables de concretar acuerdos o contratos secundarios de prestación de servicios con las instituciones asociadas. (Corresponde señalar que una opinión legal indica que estos acuerdos o contratos secundarios están fuera del campo de acción del programa

13/ Al comienzo del proyecto, la tasa de subsidio oscilará entre US\$3 y US\$6 que se calculará con base en los siguientes factores: proporción de los gastos de personal pagados por el sector público (entre 0-100 con un subsidio más alto para las UCS con menor porcentaje de personal público); y los tipos de servicios ofrecidos (conjunto total o parcial de servicios). Más adelante se ponderará la tasa de subsidio en función de un "índice de vulnerabilidad" para lograr los objetivos de equidad económica y en lo que se refiere a los sexos; también se modificarán para reflejar los aumentos en las contribuciones de la comunidad y los hogares por medio de cargos a los usuarios y otros mecanismos.

y no necesitan la aprobación del Banco o del MSPP o la utilización de un formato modelo).

- 3.22 Para ejecutar este subcomponente, la UC: i) asistirá a la dirección departamental o se hará responsable de: i) la preparación de los contratos o acuerdos con la UCS para la prestación de servicios sanitarios; ii) la contratación de asistencia técnica y servicios de capacitación; iii) la contratación de las obras de rehabilitación (las pequeñas obras no se iniciarán hasta que haya comenzado la asistencia técnica a la UCS); iv) la adquisición de equipo; v) el ingreso a la base de datos del programa de toda la información para el seguimiento y la evaluación que se haya presentado en el plan de la UCS; vi) el desembolso de un anticipo a la principal institución de la UCS, que se encargará de la administración de los fondos, para el pago de servicios sanitarios. Todas las obras civiles deberán ajustarse a los criterios técnicos y económicos establecidos en el Reglamento de Operaciones.
- 3.23 *Antes del primer desembolso, el prestatario deberá presentar al Banco prueba de que ha delegado la autoridad debida a las direcciones departamentales de los departamentos del Norte, Noroeste, Artibonite y Centro para contratar servicios con unidades comunales de salud. La UCS es el elemento fundamental del sistema nacional descentralizado de salud y debe cumplir con los criterios enunciados en el Reglamento de Operaciones.*
- 3.24 *Antes del primer desembolso, el prestatario deberá presentar evidencia al Banco de que cuenta con las reservas necesarias para crear una partida presupuestaria en el presupuesto del MSPP para costos ordinarios no relacionados con personal de la UCS.*

2. Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales

- 3.25 Durante los primeros 12 meses del programa, cada una de las direcciones departamentales preparará un plan para el fortalecimiento a nivel departamental, utilizando un formato modelo. La UC y consultores individuales ofrecerán asistencia técnica para la preparación del plan. El plan incluirá información que se fundamentará en los datos técnicos del estudio sobre descentralización en lo que respecta a límites geográficos y la situación ambiental y sanitaria del departamento, la estrategia global del departamento, la asistencia técnica en materia de gestión y el respaldo para la capacitación que se necesite, la necesidad de rehabilitación de equipo y de equipo nuevo, planes para la creación de un consejo de salud en cada una de las UCS, y una lista de las instituciones asociadas de cada una de las UCS. Por otra parte, el plan departamental ofrecerá información detallada sobre la capacidad de gestión financiera de la dirección. Se prevé que los cuatro planes departamentales se trazarán en los primeros seis meses del programa.

- 3.26 Los planes departamentales se presentarán a la UC para su aprobación y serán examinados por la DPCE antes de la aprobación por el Director General. Una vez que el plan departamental haya sido aprobado, la UC: i) preparará solicitudes de asistencia técnica y de servicios de capacitación; y ii) preparará solicitudes de rehabilitación, que no comenzará hasta que se haya iniciado la asistencia técnica a la dirección departamental; iii) adquirirá equipo, iv) ingresará a la base de datos toda la información para el seguimiento y la evaluación que se haya incluido en el plan de la UCS. Todas las obras civiles deberán ajustarse a los criterios técnicos y económicos establecidos en el Reglamento de Operaciones.

3. Fortalecimiento institucional de las direcciones centrales

- 3.27 Durante los primeros 12 meses del programa se elaborarán planes de trabajo para los ámbitos siguientes: administración, planificación, gestión financiera, sistemas de información, administración de recursos humanos, reglamentación y garantía de calidad. Los planes serán preparados por grupos de trabajo constituidos por funcionarios de las direcciones centrales pertinentes (por ejemplo, para planificación, de la Dirección de Planificación; para gestión financiera, de la Dirección Financiera). La UC ofrecerá asistencia técnica para el trazado de los planes de trabajo y, si lo considera adecuado, se utilizarán consultores externos. Con fundamento en la labor analítica realizada durante la etapa de preparación del programa (véanse la evaluación institucional del MSPP y el estudio sobre necesidades de capacitación), los planes de trabajo incluirán información sobre el papel de las direcciones en el marco de un sistema descentralizado, cronograma y presupuesto de actividades, la asistencia técnica de gestión y el respaldo en materia de capacitación que se necesita, y el equipo básico requerido. Se prevé que durante los primeros 12 meses del programa se prepararán los planes de trabajo para todos los ámbitos pertinentes indicados más arriba.
- 3.28 Los planes de trabajo serán estudiados con la UC y ésta y la dirección los presentarán conjuntamente para la aprobación del director general. Una vez aprobado el plan, la UC asistirá a las direcciones centrales o asumirá la responsabilidad de: i) preparar solicitudes de asistencia técnica y de servicios de capacitación; ii) adquirir equipo; y iii) ingresar en la base de datos del programa toda la información para el seguimiento y la evaluación que conste en el plan de la UCS.

4. Viabilidad y permanencia del sistema reorganizado

- 3.29 En el marco de este subcomponente se llevarán a cabo dos tipos de actividades, a saber: i) la UC contratará asistencia técnica para el diseño y la realización de estudios destinados a la creación de la base analítica para el financiamiento sostenible, que incluyen un estudio de demanda de hogares, un estudio de costos del sector privado, un estudio de costos del sector público y un estudio sobre

cuentas nacionales de salud. Los resultados de los estudios se distribuirán en los talleres; y ii) se desembolsarán fondos, utilizando como base los planes de las UCS aprobados, a las instituciones principales de las UCS para que realicen y evalúen actividades experimentales de generación de ingresos.

5. Evaluación y administración

- 3.30 La UC, además de realizar la administración rutinaria del programa, contratará consultores para que evalúen la primera etapa y diseñen las actividades y metas de desembolso de la segunda etapa.

E. Supervisión y evaluación

1. Auditoría externa

- 3.31 El prestatario presentará anualmente, por conducto del organismo ejecutor, los planes de trabajo y los estados financieros del programa certificados por auditores externos profesionales aceptables para el Banco.

2. Informes anuales

- 3.32 Durante la ejecución del programa, la UC presentará informes de progreso sobre los logros físicos y financieros, que incluirán: el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales; el avance logrado en cada uno de los planes de trabajo con indicadores de impacto para todos los subcomponentes; e indicadores de progreso que constan en el Marco Lógico (véase el Anexo 1). En esos informes también se deberá incluir información sobre las actividades programadas para el período de examen siguiente, así como los términos de referencia para los estudios y consultores.

3. Supervisión del programa

- 3.33 La Representación será la encargada de supervisar la ejecución del programa. El Banco enviará misiones para evaluar el progreso general del programa y de los planes de trabajo y buscará soluciones inmediatas en el caso de que surjan cuellos de botella u otros problemas durante la etapa de ejecución.

4. Evaluación de la primera etapa y diseño de la segunda

- 3.34 A los 24 meses de la aprobación se realizará una evaluación formal que estará a cargo de consultores contratados con recursos del préstamo (en el marco del componente 5), que trabajarán con personal del Banco y del Ministerio. El estudio evaluará el progreso logrado a la fecha en el logro de los objetivos globales del programa, las estrategias para lograr esos objetivos y los puntos de referencia (véase el Cuadro 7). El equipo de evaluación también analizará los cambios en las condiciones que puedan haberse producido y trabajará con la UE en la elaboración de un plan para

la etapa siguiente, que detallará las actividades, asignación de recursos, cambios de procedimientos o de personal y los indicadores para la evaluación (los indicadores de evaluación pertinentes, como los relacionados con la participación de la comunidad, los resultados de la capacitación, utilización de servicios y otros indicadores sanitarios, serán desagregados por sexo).

Cuadro 7
Puntos de referencia prioritarios para la evaluación de la primera etapa del proyecto

Categorías	Indicadores verificables	Al mes 24
Condición de salud	Se tiene acceso a un conjunto mínimo de servicios (porcentaje de hogares en cuatro departamentos)	50
Componente 1. Institución del modelo de UCS		
Planificación y gestión	Las UCS cuentan con planes de desarrollo (número de UCS en 4 departamentos)	15
Infraestructura y equipo	Los establecimientos sanitarios disponen de equipo adecuado para ofrecer un conjunto mínimo de servicios (porcentaje de establecimientos en 4 departamentos)	50
Sistema financiero y de gestión	Los establecimientos sanitarios están utilizando el conjunto mínimo de medidas financieras y de gestión (porcentaje de los establecimientos en 4 departamentos)	50
Componente 2. Fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales		
Planificación y gestión	Las direcciones departamentales cuentan con planes anuales y cuatrienales (número de direcciones)	4
Gestión financiera	Las direcciones departamentales utilizan un moderno sistema financiero y de gestión	4
Componente 3. Fortalecimiento institucional de las direcciones de nivel central		
Planificación y gestión	Las direcciones centrales cuentan con un manual de operaciones y un plan quinquenal (porcentaje de direcciones centrales)	100
Sistema nacional de información sanitaria	Los establecimientos sanitarios del país usan formularios uniformes de recolección de datos (%)	70
Componente 4. Financiamiento sostenible		
Planificación del sistema financiero	Se ha preparado un proyecto de plan progresivo y global para el financiamiento del sistema sanitario.	Sí

- 3.35 Se prevé que RE2/SO2 solicitará al Directorio Ejecutivo la aprobación de la segunda etapa de este programa una vez que se hayan cumplido las condiciones siguientes: i) que se haya comprometido, como mínimo, el 50% de los recursos de la primera

etapa; y ii) que se haya logrado un progreso satisfactorio durante los primeros 24 meses de la ejecución del programa.

5. Calendario de desembolsos

Calendario de desembolsos (en millones de US\$)					
Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Total	%
UCS modelo	2,4	4,0	6,0	12,4	62
Direcciones departamentales	1,0	1,4	1,5	3,9	19
Direcciones centrales	0,7	1,3	0,5	2,5	12
Sostenibilidad financiera	0,4	0,4	0,5	1,3	6
Total	4,5	7,1	8,5	20,1	
%	22	35	42	100	

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Beneficios

- 4.1 Las inversiones del programa ofrecerán beneficios directos a la población haitiana por medio de dos mecanismos centrales, a saber: i) la mayor eficacia en función de los costos del conjunto de servicios de atención sanitaria; y ii) la mayor cobertura de la población. Se puede cuantificar el efecto del programa sobre la situación sanitaria haciendo presunciones relativamente conservadoras sobre esos dos factores. Los indicadores pertinentes incluyen los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD perdidos), antes y después del programa (tomando en cuenta la morbilidad y mortalidad); y el número de defunciones que evitaron las intervenciones del programa. El análisis no se limitó a la primera etapa, sino que abarcó todo el programa (el Análisis Económico y Financiero, que figura en el archivo técnico, tiene información más detallada) 14/.
- 4.2 Se calcula que sin el programa, la carga total de las enfermedades será de 1.425.000 AVAD perdidos por año, cifra que no incluye la carga evitada -112.500 AVAD- por uso de los servicios sanitarios disponibles si no se realizara el programa. El conjunto de servicios sanitarios más efectivos en función de los costos del programa permitirá, según se prevé, una disminución neta de la carga de enfermedad de 104.215 AVAD en el primer año, cifra que declinará a 94.333 en el sexto año. Por lo tanto, la disminución de la carga de enfermedad con la realización del programa es de 6,7% en el primer año y 5,6% en el sexto año. El valor actual de la carga de enfermedad evitada por el programa en los seis años, con una tasa de descuento anual de 5%, representa 496.417 AVAD, vale decir el 5,8% del valor actual de la carga de enfermedad sin el programa. Se calcula que la eficacia en función de los costos de los recursos del programa es de US\$35,85 por AVAD evitado, y que el número de vidas salvadas ascendería a 12.410.

1. Análisis de sensibilidad

- 4.3 Este cálculo es relativamente firme en función de presunciones distintas de gastos personales y elasticidad de precios. En el caso de que el gasto personal per cápita en atención sanitaria fuera US\$6 en lugar de US\$4,50 (como se presume en la hipótesis

14/ Las actividades del proyecto producirán beneficios indirectos que resultarán en la mejor coordinación de la ayuda, un grado más elevado de supervisión del servicio sanitario y la creación de sistemas de información sanitaria y gerencial. Esos beneficios, si bien son reales, son difíciles de cuantificar, por lo cual se los ha excluido de este análisis.

básica presentada anteriormente), las repercusiones del programa serían aún mayores: habría más beneficiarios cubiertos por el programa (casi 3 millones en el sexto año), la disminución de la carga de enfermedad sería de 6,1%, y el número de vidas salvadas se elevaría a 14.000. Si el gasto per cápita fuera US\$3, o muy por debajo del costo del conjunto básico de US\$4,50, la población beneficiaria permanecería estable en alrededor de 2 millones, la carga de la enfermedad disminuiría sólo 5,4%, y el número de defunciones que se evitarían sumaría 9.000. Por último, si el gasto personal actual fuera US\$4,50, como en la hipótesis básica, y la elasticidad de la demanda con respecto al precio fuera -0,25, los efectos del programa serían menores. Ello se debe a que las personas reaccionarían con menos interés frente al subsidio ofrecido por el programa.

2. Beneficios para la mujer

- 4.4 Como sucede en los proyectos de salud básicos, en este caso los principales beneficiarios directos de las inversiones del programa serían las mujeres y los niños. Se calcula que alrededor de 840.000 mujeres se beneficiarán con los servicios sanitarios de mejor calidad y más accesibles que se ofrecerán durante y después de la ejecución del programa (en ese segmento de población se incluye a 700.000 mujeres que viven por debajo del umbral de pobreza). Los tipos de servicios sanitarios que se ofrecerán, incluida más atención materna, ofrecerán beneficios desproporcionados a las mujeres en edad de concebir, grupo que en la actualidad tiene altas tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el período reproductivo.
- 4.5 Se prevé que los mecanismos elaborados en el marco de este programa para estimular la participación de la comunidad en la gestión y financiamiento de la atención sanitaria tendrán efectos favorables para la mujer. Se anticipa que los procesos decisorios a nivel local estarán más sensibilizados a las necesidades sanitarias de la mujer y a las limitaciones sociales y financieras.
- 4.6 La mujer también se beneficiará de la capacitación que se ofrecerá en proporción a su representación como trabajadora sanitaria. Por otra parte, se suministrarán fondos en el marco del programa para realizar estudios especiales relacionados con los efectos concretos de los cambios en el sistema sanitario sobre hombres y mujeres (véase el Recuadro 2) y las conclusiones a las que se llegue influirán sobre el trazado de los planes de reforma financiera y otros planes de reforma del país.

Recuadro 2. Temas para la investigación de operaciones relacionados con las diferencias por razón de sexo

Habida cuenta de la falta de datos sobre el gasto en salud en Haití y las conductas en materia de solicitud de atención sanitaria, así como la falta de conocimiento sobre los efectos concretos de las reformas sanitarias sobre hombres y mujeres, el proyecto ofrecerá respaldo para realizar estudios operativos que encaren los interrogantes siguientes:

1. ¿Cuál es el efecto de los cambios de administración y dotación de personal en los servicios sanitarios sobre las oportunidades de empleo que existen para la mujer en ese sector?
2. Para la ponderación diferenciada de recursos entre las zonas geográficas, ¿cuál es el índice óptimo para garantizar la sensibilidad en relación con la vulnerabilidad social?
3. ¿Cuál es el camino que deben seguir las estructuras comunitarias para integrar de manera óptima la participación de todos los usuarios de servicios sanitarios y la mujer en particular?
4. ¿Cuáles son los procesos e indicadores de resultados más adecuados para observar los efectos de los cambios sobre la salud de la mujer y las desigualdades por razón de sexo?

Nota: Estas prioridades de investigación y otras, están descritas en Standing, 1997.

- 4.7 Todos los indicadores para la evaluación, relacionados con la utilización de servicios sanitarios, gastos en servicios de salud, y empleo de trabajadores sanitarios, se desagregarán por sexo.

3. Viabilidad ambiental y social

- 4.8 En el programa se prevé capacitar al personal sanitario de los centros de salud en temas de gestión ambiental. No se anticipa que las obras civiles de pequeña escala vayan a tener efectos negativos sobre el medio ambiente.

B. Riesgos del programa

- 4.9 Los efectos del programa pueden verse afectados por dos tipos de riesgos, a saber: i) limitaciones en el éxito de su ejecución; y ii) limitaciones para la sostenibilidad a largo plazo de los beneficios del programa.

1. Limitaciones en la ejecución

- 4.10 Aparte de los riesgos relacionados con la inestabilidad política y la deficiencia institucional, puede que no se produzcan los beneficios previstos en el caso de que los planes elaborados en el marco del programa –en particular los planes de las UCS– no lleguen a identificar de manera adecuada las necesidades locales en materia de salud, y no las atiendan. Eso puede suceder si los grupos de trabajo ponen por delante los intereses financieros o políticos de las instituciones asociadas de las UCS y descuidan las necesidades sanitarias (y demandas) de la comunidad. Se han instituido medidas protectoras, incluido el establecimiento de los consejos locales de salud, no obstante lo cual se trata de un riesgo inherente en el

caso de un método de asignación de recursos del programa basado en la demanda que respalda el proceso decisorio descentralizado.

- 4.11 Una segunda limitación sería que se presentaran necesidades acuciantes que distrajeran recursos de inversiones para mejorar la estructura de prestación de servicios sanitarios, lo cual ocurriría, por ejemplo, en el caso de que el Gobierno de Haití no pudiera identificar otros fondos para destinar a su programa esencial de medicamentos y buscara reasignar parte de los fondos del préstamo del BID para adquirir y distribuir fármacos. En cierta medida este riesgo está mitigado por el establecimiento de puntos de referencia en cada una de las etapas.

2. Limitaciones a la sostenibilidad

- 4.12 Hay factores institucionales y financieros que también tienen efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo del programa. La sostenibilidad institucional, vale decir la existencia continua y el apoyo de un mecanismo para canalizar los fondos públicos a las ONG que prestan servicios, depende del interés permanente del gobierno en crear alianzas con el sector privado y la capacidad sostenida (y creciente) de las ONG de prestar servicios por la vía de contratos por resultado. Por lo tanto, el riesgo más grave en materia de sostenibilidad institucional, reside en la posibilidad de que haya un cambio de dirección dramático en el Gobierno de Haití como resultado de una reacción violenta contra las alianzas público-privadas.
- 4.13 La sostenibilidad financiera —que es un objetivo central de todo el programa— depende de la capacidad (y voluntad) del gobierno y de las entidades privadas de generar ingresos adicionales para los servicios sanitarios y de financiar los costos ordinarios relacionados con las inversiones en el programa. Se debe tomar en cuenta dos tipos de costos ordinarios, si bien uno es mucho más importante que el otro: i) aumento insignificante en los gastos de operación relacionados con las mejoras previstas en el programa ya que no se prevé que las obras civiles en pequeña escala y las adquisiciones mínimas de equipo vayan a aumentar los costos de mantenimiento, u otros costos del MSPP; ii) la continuación de la cobertura de la población beneficiaria por medio de la contratación de los servicios sanitarios utilizando el modelo UCS representará un incremento en las obligaciones por concepto de costos ordinarios del MSPP. Se calcula, utilizando presunciones con respecto a contribuciones de los beneficiarios captadas durante y después de la ejecución, que la carga pública por concepto de costos ordinarios representará alrededor de US\$3 millones por año, o sea un aumento de 10% en comparación con el presupuesto ordinario actual, sin tener en cuenta la ayuda externa 15/. No es

15/ En términos absolutos, representa un aumento de US\$1 per cápita en el gasto para la población de los cuatro departamentos.

posible concluir con certeza si será posible mantener ese nivel de gasto adicional habida cuenta de las condiciones políticas y económicas actuales. No obstante, el programa procura establecer mecanismos de canalización de fondos, capacidad de planificación y de generación de ingreso, así como de coordinación de la ayuda, que contribuirán a la posibilidad de que se concreten aumentos en el gasto en servicios sanitarios y de que se utilice esos fondos de manera eficiente.

MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA DE INVERSIONES MSPP/BID

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer los componentes de respaldo del sistema sanitario, en particular a nivel de la Unidad Comunal de Salud (UCS) y de los departamentos a los que se les presta un plan mínimo de servicios (PMS) en las comunidades y los centros sanitarios.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Marco conceptual para un sistema de salud integrado en Haití.

Objetivo y propósito	Indicadores verificables 1/	Condiciones importantes
Mejorar la condición sanitaria de la población de los departamentos de la zona sur.	<p>Las actividades de inversión del programa en cuatro departamentos contribuirán, a nivel nacional, a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la tasa de mortalidad infantil de 74/1.000 a 50/1.000. 2. Disminuir la tasa de mortalidad de los niños de 131/1.000 a 110/1.000. 3. Disminuir la tasa de fecundidad de 4,6 a 4. 	<p>La creación de una Unidad de Coordinación orgánica que tenga la capacidad para coordinar la asistencia técnica y financiera que es objetivo del proyecto.</p> <p>La utilización de recursos del proyecto para activar el objetivo.</p>
Mejorar la calidad, eficiencia y equidad de la atención de los servicios sanitarios mediante el fortalecimiento de los componentes de apoyo de un sistema de atención comunitaria, seguro y sostenible, en cuyo marco tanto las ONG como los actores públicos trabajen de manera eficiente y efectiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 El 80% de la población tiene acceso a un plan mínimo de servicios (PMS) <u>2/</u> a 5 km y 2 horas de recorrido a pie desde la casa. 1.2 El porcentaje del presupuesto nacional de salud dirigido a las UCS llega a 50%. 1.3 El 80% de las UCS ha llegado, como mínimo, al cuarto nivel funcional <u>3/</u> como modelos duplicables y aceptables de gestión, supervisión, financiamiento y prestación de servicios sanitarios. 1.4 La tasa de cobertura (utilización por la población) aumenta, como mínimo, 10% en cada componente del plan mínimo de servicios (PMS). 	

Los indicadores son de cinco años en los cuatro departamentos que reciben asistencia del programa de inversiones, salvo que se indique lo contrario.

El plan mínimo de servicios incluye atención integral del niño, salud materna, salud reproductiva, control de enfermedades transmisibles, emergencias médicas y quirúrgicas, agua y saneamiento, medicina preventiva, educación sanitaria y atención dental básica.

El nivel funcional 3/ significa que se dispone de cuatro servicios básicos en funcionamiento pero que faltan algunos elementos de los servicios sanitarios; que la organización comunitaria participa en el programa sanitario; y que la población está cubierta por la red institucional y comunitaria, si bien no en toda la UCS.

Modelo de UCS en cuatro departamentos

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
Planificación y gestión: Gestión aceptable con fundamento acción avanzada y	<p>El 90% de las UCS tienen un plan de desarrollo que fija los límites geográficos de la UCS y sus objetivos, así como sus estrategias de ejecución (en particular una estrategia para la participación efectiva de la población).</p> <p>El 90% de las UCS cuenta con un Consejo Comunal de Salud con capacidad técnica en administración general, finanzas, personal, manejo de inventarios, y supervisión de prácticas institucionales.</p>	<p>Plan de la UCS</p> <p>Informes de los consejos</p> <p>Evaluación</p> <p>Informes de supervisión</p>	<p>Suscripción de un contrato entre el departamento y el grupo de trabajo UCS para la preparación del plan de desarrollo de la UCS.</p> <p>Financiamiento del plan de desarrollo de la UCS.</p> <p>Situación legal de los consejos.</p> <p>Disponibilidad de recursos para la capacitación de los consejos.</p>	<p>Firma del contrato con el grupo de trabajo de la UCS.</p> <p>Diseño de los planes de desarrollo de la UCS.</p> <p>Divulgación de mecanismos incluidos los relacionados con el uso de los recursos comunales de salud.</p> <p>Instalación de consejos locales de salud.</p>
Infraestructura y equipo: Capacidad de la recer el plan servicios acorde el de complejidad.	<p>El 90% de los establecimientos sanitarios de la UCS disponen del equipo necesario y de la capacidad para ofrecer el plan mínimo de servicios acorde con su nivel de complejidad.</p> <p>El 90% de las UCS ha establecido un mapa de salud conforme a normas.</p> <p>El 90% de las instituciones cuenta con la infraestructura mínima necesaria para su categoría.</p>	<p>Evaluación</p> <p>Informes de supervisión</p>	<p>Existencia de equipo listo para funcionar, por nivel.</p> <p>Existencia de normas para infraestructura y equipo.</p>	<p>Adquisición y distribución de equipo.</p> <p>Rehabilitación de infraestructura.</p> <p>Construcción de infraestructura.</p> <p>Implementación del sistema de mantenimiento.</p>
Abastecimiento y Establecer dentro un sistema de n de ntos esenciales uya las de falta de	<p>El 100% de los establecimientos sanitarios de la UCS tiene existencias confiables de los medicamentos esenciales.</p>	<p>Evaluación</p> <p>Informes</p>	<p>Sistema de adquisiciones departamental.</p> <p>Revisión de los procedimientos de adquisiciones.</p> <p>Existencia de una lista de medicamentos esenciales, por nivel.</p> <p>Disponibilidad de personal.</p>	<p>Establecimiento de depósitos descentralizados.</p> <p>Establecimiento de comités de gestión.</p> <p>Divulgación de métodos de manejo de existencias.</p> <p>Capacitación en manejo de medicamentos para el personal del depósito.</p>

Componentes del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
Información (SIS): Lograr un SIS que sea útil para las instituciones en materia de los servicios.	El 90% de las instituciones completa un SIS mensual. El 90% de las instituciones está utilizando un sistema de supervisión con indicadores clave que permiten la utilización de los datos en las decisiones sobre operaciones.	Informes mensuales	Puesta en marcha del sistema nacional de información sanitaria.	Institución de un SIS a nivel de las instituciones que guarde relación con el nivel de complejidad. Divulgación de métodos de recolección de datos.
Presupuesto y de gestión: Permitir la ejecución de un conjunto de medidas de gestión eficiente y transparente, que esté respaldado por el presupuesto y procedimientos de gestión aceptados.	El 75% de las instituciones pone en práctica un plan mínimo de servicios según su grado de complejidad. El 70% de las UCS prepara un presupuesto consolidado.	Informes mensuales Evaluación Auditoría	Definición de un plan mínimo de gestión <i>Elaboración de un modelo de presupuesto consolidado</i>	Institución de un sistema con procedimientos de gestión aceptados en cada nivel institucional. Preparación de presupuestos consolidados para las UCS. <i>Institución de mecanismo de financiamiento</i>
Participación de la comunidad: Lograr la participación eficaz de la comunidad en la planificación, ejecución y financiamiento de los servicios de salud.	La población participa en la gestión del 50% de los establecimientos sanitarios de las UCS. El 25% del presupuesto de funcionamiento de la UCS está respaldado por la población.	Evaluación Auditoría Plan de presupuesto para la UCS	Inclusión de la participación comunitaria en el plan departamental.	Identificación de canales de comunicación de la comunidad. Investigación de mecanismos de financiamiento alternativos. Realización de talleres de participación de la comunidad. Respaldo financiero para iniciar la comunidad. Movilización y utilización de los recursos de la comunidad. Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud.

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>Supervisión y supervisión: asegurar la disponibilidad de recursos humanos capacitados en los centros de salud para asegurar que se cumplan las normas para el funcionamiento esencial de los centros de salud a nivel de cada una de las instituciones.</p>	<p>El 90% de las instituciones aplican un programa de capacitación continua y cuentan con un mecanismo para asegurar la competencia.</p> <p>Se satisface el 90% de las necesidades de capacitación identificadas.</p> <p>El 90% de las instituciones se beneficia de tres visitas de supervisión, como mínimo, de supervisores inmediatos.</p> <p>Se trata de la manera debida el 50% de los problemas identificados a nivel de los centros de salud.</p>	<p>Evaluación</p> <p>Informes</p>	<p>Las direcciones departamentales elaboran un plan para la capacitación, supervisión y control de la calidad continuas.</p>	<p>Identificación de las necesidades de capacitación.</p> <p>Implementación de un programa de supervisión y capacitación a nivel de las instituciones.</p> <p>Uniformación de los procedimientos de supervisión.</p> <p>Divulgación de mecanismos de supervisión y control de calidad.</p> <p>Implementación de mecanismos para medir y hacer un seguimiento de las competencias a nivel de las instituciones.</p>
<p>Diseminación de información: Poner en funcionamiento el sistema local de información, educación y comunicación utilizando los recursos locales.</p>	<p>El 100% de los planes de las UCS toma en cuenta la información-educación-comunicación (IEC).</p> <p>El 90% de los centros sanitarios tiene un calendario de actividades de IEC y cuenta con materiales para ese fin, que utiliza.</p> <p>Se ejecuta el 70% de las actividades de IEC programadas.</p>	<p>Informes de supervisión</p> <p>Plan de la UCS</p>	<p>Disponibilidad de recursos para IEC.</p>	<p>Divulgación de materiales de IEC.</p> <p>Capacitación de líderes y grupos comunitarios en técnicas de IEC.</p> <p>Utilización de sistemas tradicionales de comunicación.</p> <p>Intervenciones por los medios de información y otros canales.</p> <p>Capacitación de trabajadores institucionales</p>

s del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>la calidad e n operacional: ecanismo local ar y resolver y supervisar la del plan mínimo .</p>	<p>El 90% de los establecimientos sanitarios cumple con las normas de infraestructura y personal, vale decir están acreditadas a nivel departamental.</p> <p>El 100% de los hospitales de referencia se beneficia del sistema de garantía de la calidad (círculo de calidad).</p> <p>El 25% de las UCS utiliza la investigación operacional para buscar soluciones a los problemas locales.</p>	<p>Informe de acreditación</p> <p>Supervisión</p> <p>Protocolos para la investigación</p> <p>Informes</p>	<p>Las instituciones de salud están acreditadas a nivel de departamento.</p> <p>Elaboración de una guía para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.</p>	<p>Creación de un sistema para instituciones.</p> <p>Divulgación de normas y capacitación de personal sanitario en lo que refiere a asuntos y principios de investigación de operaciones.</p> <p>Creación de un círculo de calidad a nivel de los hospitales de referencia.</p> <p>Conferencia Nacional de UCS para compartir experiencias, lecciones aprendidas y/o resultados.</p>

to institucional de las direcciones departamentales en cuatro departamentos

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
Planificación y gestión: Lograr la descentralización del sistema de salud con base en planes anuales que incluyan el control y coordinación de las	Todas las direcciones departamentales cuentan con un plan anual tomando en cuenta los componentes siguientes: delimitación geográfica de la UCS, la formación del CCS, el desarrollo y el financiamiento de la UCS y la participación de la comunidad.	Evaluación Informes de supervisión	Existencia de un marco y mecanismo de planificación Definición de un ciclo de planificación. Condición jurídica de los consejos de salud.	Preparación de un plan a largo y un plan cuatrienal. Supervisión de la preparación de planes para las UCS. Instalación de consejos de salud. Evaluación periódica de los planes anuales Capacitación en la planificación y gestión del personal de las direcciones departamentales.
Infraestructura, equipo y recursos humanos: Aumentar la capacidad de las direcciones departamentales en lo que respecta a la planificación, control y gestión.	Todas las direcciones departamentales cuentan con la infraestructura, equipo y los recursos humanos que necesitan para funcionar.	Informes Supervisión Organigrama de la dirección departamental	Existencia de personal calificado a nivel departamental	Creación de capacidad de gestión y mantenimiento de equipo. Evaluación de las necesidades de las direcciones departamentales en cuanto a recursos humanos, equipo e infraestructura. Dotación de recursos humanos. Adquisición de equipo. Rehabilitación o construcción de infraestructura.
Suministros: Puesta en marcha de un plan y control orgánico por parte de los departamentos para la gestión de medicamentos	Ninguno de los almacenes informa por más de tres días que se le han agotado las existencias de los cinco medicamentos esenciales.	Informes Supervisión	Funcionamiento adecuado de los almacenes centrales. Existencia de normas para los depósitos centrales.	Creación y/o fortalecimiento de los almacenes departamentales. Fortalecimiento de la capacidad de gestión (métodos para el control de existencias.) Capacitación en manejo de existencias.

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>Información</p> <p>SIS). Creación de un sistema de información sanitaria departamental que produzca datos estadísticos y de gestión útiles para el toma de decisiones.</p>	<p>Todos los departamentos participan en el sistema de información sanitaria (SIS).</p> <p>Todos los departamentos utilizan datos producidos por el sistema de información sanitaria (SIS) para tomar decisiones.</p>	<p>Informes SIS</p> <p>Supervisión</p>	<p>Existencia de personal calificado (epidemiólogo y especialista en estadísticas).</p>	<p>Puesta en marcha del SIS departamental.</p> <p>Divulgación de métodos de recolección de datos.</p> <p>Manejo de la información con retroinformación.</p> <p>Fortalecimiento del personal departamental en el uso del SIS (capacitación, contratación).</p>
<p>Gestión financiera.</p> <p>Implementación de un sistema de un sistema para una gestión eficiente y uso de los recursos.</p>	<p>Todas las direcciones departamentales utilizan un sistema financiero y procedimientos de gestión modernos.</p>	<p>Evaluación</p> <p>Auditoría</p>	<p>Modernización del sistema contable y financiero.</p> <p>Existencia de personal calificado (contador, gerente).</p>	<p>Institución de un sistema contable adecuado.</p> <p>Institución de mecanismos de control financiero y la asignación de los recursos adecuados.</p> <p>Fortalecimiento del personal en sistemas contables.</p>
<p>Participación de la comunidad.</p> <p>Se aplica una política de descentralización que fomente la capacidad de la población.</p>	<p>Todos los planes departamentales tienen un componente de participación de la comunidad.</p>	<p>Plan departamental</p> <p>Evaluación</p>	<p>Institucionalización de la participación de la comunidad.</p> <p>Formulación de la política de descentralización del MSPP.</p>	<p>Creación de concejos.</p> <p>Campañas para sensibilizar al público.</p> <p>Implementación de consejos departamentales multisectoriales.</p>
<p>Control, supervisión y evaluación.</p> <p>Crear un mecanismo de control en el servicio y de la idoneidad del personal sanitario y de la capacidad de la dirección departamental.</p>	<p>Todos los departamentos cuentan con un programa de capacitación en el servicio y supervisión de idoneidad.</p> <p>Todos los departamentos tienen un plan mensual de supervisión.</p> <p>Se resuelve de manera apropiada el 50% de los problemas identificados a nivel de la UCS.</p>	<p>Plan departamental</p> <p>Informes de supervisión</p> <p>Evaluación</p>	<p>Selección de estrategia para la capacitación en el lugar de servicio.</p>	<p>Preparación y ejecución de actividades de capacitación en el lugar de servicio a nivel departamental.</p> <p>Elaboración de un plan de supervisión departamental.</p> <p>Organización de visitas de supervisión.</p> <p>Fortalecimiento de los métodos de supervisión (divulgación de instrumentos, capacitación).</p>

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>Se genera información sobre el programa para poner en marcha un plan de trabajo departamental de capacitación, educación y asesoría técnica (IEC), utilizando los recursos locales de capacitación.</p>	<p>Todos los planes departamentales para las UCS toman en cuenta la IEC.</p> <p>Se ha ejecutado el 50% de las actividades programadas.</p>	<p>Plan IEC</p>	<p>Disponibilidad de recursos para la IEC.</p>	<p>Distribución de material de capacitación.</p> <p>Intervenciones para los municipios de la zona de intervención.</p> <p>Fortalecimiento departamental de la capacidad de la UCS para desarrollar actividades de capacitación.</p>
<p>Se garantiza la calidad e implementación operacional. Se establece un mecanismo local para resolver problemas y se promueve la aplicación de la supervisión y el control de los proyectos.</p>	<p>El 75% de las direcciones departamentales utiliza la investigación operacional para buscar soluciones a los problemas locales.</p> <p>El 50% de las direcciones departamentales se beneficia de un sistema de control de la calidad (círculo de calidad).</p>	<p>Informes</p> <p>Supervisión</p>		<p>Capacitación de personal de las UCS en los principios de garantía de calidad y de investigación de operaciones.</p> <p>Conferencia nacional de las UCS para compartir experiencia, lecciones aprendidas y/o resultados.</p>

to institucional de las direcciones centrales

ntes del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>n y gestión: una gestión zada del sistema on fundamento en la n anual y quinquenal y smos de apoyo</p>	<p>Todas las direcciones centrales cuentan con un plan anual de operaciones que se fundamenta en el plan quinquenal del MSPP.</p> <p>Se ha ejecutado el 70% de las actividades programadas en el plan anual.</p> <p>Se ha desembolsado el 100% del presupuesto para el plan anual.</p>	<p>Plan</p> <p>Evaluación</p>	<p>Asignación formal de personal para actualizar el plan quinquenal del MSPP.</p> <p>Conocimiento de los recursos presupuestarios disponibles.</p>	<p>Diagnóstico del inventario y de las posibilidades de las direcciones centrales y departamentales</p> <p>Formulación de un plan quinquenal por el MSPP.</p> <p>Inventario de diagnóstico y de posibilidades para las direcciones centrales y departamentales</p> <p>Desarrollo y divulgación de herramientas de planificación</p> <p>Respaldo a las direcciones departamentales para la formulación anual.</p> <p>Respaldo para la preparación de planes departamentales.</p> <p>Desarrollo de un cuerpo orgánico jurídico para los consejos locales de salud.</p> <p>Respaldo a la labor sobre unificación de la Comisión Nacional de Salud</p> <p>Respaldo para el desarrollo de la capacidad en la economía de la salud</p> <p>Estructura de funcionamiento del Comité Central de Apoyo para la gestión</p> <p>Fortalecimiento del personal para la gestión (capacitación, personal adicional)</p>

Objetos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>Información sanitaria</p> <p>Establecer un sistema de información sanitaria (SIS) de acuerdo por la vía del CASIS (Comité de sistema de información</p>	<p>El 90% de los departamentos presenta un informe trimestral completo.</p> <p>El 90% de las instituciones del país utiliza los mismos formularios para recoger datos.</p>	<p>Informes</p> <p>Supervisión</p> <p>Evaluación</p>	<p>El CASIS diseña el SIS</p>	<p>Creación de una unidad nacional de tecnología de la información para formar una red orgánica de información entre las unidades centrales y las direcciones departamentales.</p> <p>Aplicación del SIS a nivel nacional.</p> <p>Elaboración de procedimientos de gestión para el SIS.</p> <p>Producción de documentos sobre base de datos.</p> <p>Equipamiento de infraestructura (departamental y central) con equipo de computarización y fuentes de energía alternativas.</p>
<p>Financiero y de gestión. Elaborar y poner un plan global y adaptado para el sistema de gestión</p>	<p>El 75% de los departamentos y las UCS examinadas concluye con éxito una auditoría.</p> <p>El 50% de las UCS cuentan con apoyo técnico.</p>	<p>Evaluación</p> <p>Auditoría</p>		<p>Modernización del sistema de los procedimientos de gestión.</p> <p>Definición de un plan mínimo de servicios que incluya mecanismos y normas y procedimientos.</p> <p>Implementación de una unidad de inspección general.</p> <p>Respaldo para la preparación del presupuesto consolidado.</p> <p>Creación de una base de datos de información financiera.</p>

Objetivos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
Objetivo. Aumentar la capacidad del personal de las unidades de los niveles nacional y central, para la formulación de la política nacional de capacitación.	Número de personas capacitadas por nivel y tipo de capacitación.	Plan nacional de capacitación.		<p>Formulación de una política de capacitación y supervisión.</p> <p>Preparación de un currículo que guarde relación con las necesidades del sistema.</p> <p>Evaluación de las necesidades de capacitación.</p> <p>Diseño de un programa de capacitación en el lugar de trabajo y un programa para capacitar al personal de las UCS.</p> <p>Formación de capacitadores en los departamentos centrales de las UCS.</p> <p>Base de datos sobre capacitación a nivel nacional mantenida por la Dirección de Recursos Humanos.</p> <p>Producción y divulgación de materiales de capacitación.</p>

Objetos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
Humanos: se cuenta al sanitario calificado	<p>El 90% del personal se contrata de conformidad con las normas establecidas.</p> <p>El 90% del personal se evalúa de conformidad con las normas establecidas.</p>	<p>Informes</p> <p>Análisis de base de datos</p>		<p>Examen e implementación de de contratación.</p> <p>Divulgación y uso de normas de contratación.</p> <p>Diseño de un plan de carrera.</p> <p>Utilización de programas de informática para la gestión del personal y sueldos.</p> <p>Elaboración de mecanismo de control y la acreditación de personal.</p> <p>Establecimiento de normas de evaluación de personal.</p> <p>Modernización de la administración personal.</p>
n. Aumentar la de respaldo y de las direcciones	<p>Todas las direcciones centrales cuentan con planes de supervisión.</p> <p>Se realizan, como mínimo, dos viajes de supervisión por departamento.</p> <p>Se resuelve de manera apropiada el 50% de los problemas identificados a nivel de departamento.</p>	<p>Informes de supervisión</p>	<p>Simplificación de los procedimientos para acceder a recursos para la supervisión.</p>	<p>Preparación de normas y directrices/listas de verificación de supervisión del personal y de centros sanitarios.</p> <p>Preparación de un plan integral de supervisión.</p> <p>Investigación operacional sobre planes.</p> <p>Obtención de material logístico para fortalecer la capacidad de supervisión a nivel central.</p> <p>Capacitación y AT para la preparación de las normas y directrices.</p>

ntes del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
e información sobre mentar el acceso de la a la información sobre	El 80% de las instituciones utilizan un conjunto mínimo de IEC.	Informes Supervisión		Elaboración de planes de o y planes estratégicos de co Terminar la selección de ma IEC. Producción y distribución d de IEC. Creación de un centro de d ción y almacenamiento de r Respaldo para la investigac operacional y evaluación de Respaldo a las direcciones mentales para la elaboració ejecución del plan departam IEC.
e la calidad e ón operativa. Instituir ualizadas y mejoradas os ámbitos de trabajo.	El 100% de los componentes PMS está regulado por normas actualizadas. El 75% de los equipos departamentales y de UCS está capacitado en los principios de garantía de la calidad y de investigación operativas.	Normas Módulos de capacitación Informes de capacitación		Inventario de normas existen necesidad de normas actua Institución del comité de étic Preparación y/o actualizació normas para los distintos co de los PMS y los distintos componentes de apoyo de l Taller sobre metodología pa elaboración de normas, gara calidad (círculo de calidad) investigación de operacione Distribución y fomento de la PMS y de los principios rela con la calidad y la investiga operaciones.

permanencia del sistema reorganizado

Objetos del programa	Indicadores verificables	Medios de verificación	Condiciones importantes	Actividades
<p>del sistema</p> <p>Asegurar la</p> <p>ancia financiera</p> <p>y la independencia de</p> <p>s de donantes.</p>	<p>Todas las UCS de cuatro departamentos pueden cubrir, como mínimo, el 25% de sus costos recurrentes en un plazo de seis años.</p> <p>Aumento progresivo en el porcentaje del presupuesto nacional asignado a las estructuras periféricas para alcanzar el 50%.</p>	<p>Plan</p> <p>Presupuesto de las UCS,</p> <p>informes anuales de las UCS.</p> <p>Evaluación.</p> <p>Presupuesto consolidado.</p> <p>Presupuesto del MSPP.</p>	<p>Elaboración por parte del MSPP de un presupuesto por programa, que guarde relación con las necesidades y la equidad, que no esté basado en la asignación rutinaria de fondos.</p>	<p>Diversificación y estabilización de fuentes de financiamiento de salud por medio de la preparación de información sobre gastos públicos y privados.</p> <p>Mejora de la distribución del presupuesto de salud pública y el desarrollo de la capacidad de información y analítica que sustenten a la toma de decisiones.</p> <p>Identificación de nuevas alternativas de financiamiento sostenible, investigación de operaciones de financiamiento del sistema.</p> <p>Diseño de un sistema o fórmula de distribución equitativa de los recursos nacionales.</p>
<p>de ingreso. Aumentar</p> <p>nte el financiamiento</p> <p>nado al funcionamiento</p> <p>S.</p>	<p>Utilización de tácticas de investigación de operación por parte del 25% de las UCS para elaborar y poner a prueba estrategias de generación local de ingresos, por ejemplo sistemas mutuales y de seguros.</p>	<p>Protocolos</p> <p>Informes</p>		<p>Investigación operacional para implementación de mecanismos de financiamiento alternativos.</p> <p>Realización de actividades experimentales sobre generación de recursos a nivel local.</p> <p>Intercambio de resultados de investigación operacional sobre generación de ingresos.</p>

**REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ETAPA I**

PLAN DE ADQUISICIONES TENTATIVO					
Principales adquisiciones del programa	Financiamiento (%)		Método	Calificación previa	Fecha aproximada de publicación AEA (semestre/año)
	BID	Local			
A. Adquisición de bienes					
Equipo y programas de computación	100		Licitación pública internacional	Sí	1/99
Vehículos	100		Licitación pública nacional	Sí	
Máquina fotocopidora	100		Licitación pública nacional	Sí	
Equipo para la red	100		Licitación pública internacional	Sí	3/99
Mobiliario de oficina	100		Licitación pública nacional	No	
Equipo de oficina	100		Licitación pública nacional	No	
Equipo médico básico	100		Licitación pública internacional	Sí	6/99
B. Contratación de servicios					
Reparaciones de cosmética	100		Comparación de precios	No	
Rehabilitación	100		Licitación pública nacional	Sí	
Consultorías (firmas)	100		Licitación pública internacional	Sí	3/99
Consultorías (individuales)	90	10	n.d.	No	
Otros servicios	100		n.d.	n.d.	

PROYECTO DE RESOLUCION

REPUBLICA DE HAITI. PRESTAMO ____/SF-HA A LA REPUBLIQUE D'HAITI
(Programa de Reorganización del Sector Salud, Fase I)

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 République d'Haïti, como Prestatario, para otorgarle un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento de un Programa de Reorganización del Sector Salud, Fase 1. Dicho financiamiento será hasta por una suma de US\$22.500.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Haïti, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.