



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud

País: Paraguay

Sector/Subsector: Salud

Equipo de Proyecto Original: María Luisa Escobar (RE1/SO1), Jefe de Equipo; Pablo Roldán (RE1/SO1); André Medici (RE1/SO1); Alberto de Egea (COF/CPR); María Eugenia Nepote-Cit (LEG); y Maritza Andreé, Asistente de Proyecto.

Número de Proyecto: PR-0028

Número de Préstamo(s), CT(s): 1006/OC-PR

Fecha del QRR:

Fecha de Aprobación Final del PCR:

PCR Equipo: Hugo Flórez Timorán (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Juan Pablo Severi (SPH/CAR); Federico Tobar (Consultor); Alberto de Egea (CSC/CPR); María Fernanda Merino (SCL/LMK); Juliana Arbeláez (SCL/SPH) y Claudia Pévere (SCL/SPH).

Índice

I. INFORMACIÓN BÁSICA	4
II. EL PROYECTO.....	5
A. CONTEXTO DEL PROYECTO	5
B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	5
I. OBJETIVO(S) DE DESARROLLO	5
<i>ii. Componentes</i>	5
C. REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO	7
III. RESULTADOS	8
A. EXTERNALIDADES.....	9
B. PRODUCTOS	9
C. COSTOS DEL PROYECTO	12
IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	12
A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS.....	12
B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO	12
C. DESEMPEÑO DEL BANCO	13
V. SOSTENIBILIDAD	13
A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS.....	13
B. RIESGOS POTENCIALES	13
C. CAPACIDAD INSTITUCIONAL.....	14
VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	14
A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS	14
B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN Ex-POST	14
VII. LECCIONES APRENDIDAS.....	15

Anexos

1. Evaluación del Prestatario
2. Obras de Infraestructura
3. Patologías cubiertas por el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos y estimación de casos esperados en la red del MSPBS anualmente
4. Personas Capacitadas
5. Ayuda Memoria -21 al 28 de febrero de 2005
6. Ayuda Memoria -1 al 10 de noviembre del 2004
7. Evaluación Final del Ejecutor
8. Plan de Terminación

Abreviaturas y Acrónimos

Programa	Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CGP	Conjunto Garantizado de Prestaciones
CLS	Consejo Local de Salud
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
IEC	Información, Educación y Comunicación
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
EUGS	Encuesta de Utilización y Gasto en Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
LPI	Licitación Publica Internacional
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
N.V	Nacidos Vivos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCSB	Programa de Cuidados Sanitarios Básicos
PNAMI	Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil
RRHH	Recursos Humanos
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
TM<5	Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UCP	Unidad Coordinadora de Proyecto
WDC	Washington D.C.

I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)

NO. PROYECTO: PR0028

TÍTULO: Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud

Prestatario: República del Paraguay
Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)

Fecha aprobación Directorio: 30 de abril de 1997
Fecha efectividad contrato préstamo: 09 de julio de 1998

Fecha elegibilidad primer desembolso: 09 de febrero de 1999

Préstamo(s): 1006/OC-PR
Sector: Programas de Salud

Meses en ejecución

* desde aprobación: 140

* desde efectividad del contrato: 125

Instrumento de préstamo: Inversión específica

Períodos de desembolso

Fecha original desembolso final: 09 de julio de 2003

Fecha actual desembolso final: 30 de agosto de 2008

Extensión acumulativa (meses): 44

Extensión especial (meses): 16

Monto préstamo(s)

* **Monto original:** US\$ 39.000.000

* **Monto actual:** US\$ 38.183.032,73

* **Pari Passu:** BID 82%; Aporte Local: 18%

Desembolsos

Monto a la fecha: US\$ 37.428.261 (98%)

Costo Total del Proyecto (Estimado Original): US\$ 46.600.000

Redireccionamiento

Este proyecto:

- recibió fondos de otro proyecto? ☐

- Envió fondos a otro proyecto? ☐

- N/A ☒

De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto

* *Monto actual (ajustado para redireccionamiento)*

Reducción de Pobreza (PTI): Si

Equidad Social (SEQ): Si

Clasificación ambiental: C

En estado de "Alerta"

Está el proyecto "en alerta" por PAIS: No

De ser afirmativo, favor indicar razones (Clasificaciones OD, PI, y/o indicadores relevantes de PAIS):

Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):

Resumen de la Clasificación de Desempeño

OD	<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input checked="" type="checkbox"/> Probable (S)	<input type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
PI	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
SO	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

El Paraguay presenta un PBI *per cápita* que en el año 2007 alcanzó los US\$1.113 y el 35,6% de la población vive en condiciones de pobreza. Los servicios básicos de salud tienen un problema de accesibilidad que es prioritario en el país. Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2007 el 78,3% de la población no cuenta con cobertura de seguros de salud. Estas deficiencias se ven reflejadas, entre otros indicadores, en altas tasas de mortalidad materna e infantil. En el perfil epidemiológico sobresalen las enfermedades prevenibles por vacunación, otras infecto-contagiosas, diarreas, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición. Sin embargo, cada año crece la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas como las cardiovasculares y neoplásicas, aumentan los casos de muerte por accidentes, violencia y abuso de sustancias.

Para avanzar en las respuestas a estos problemas la República de Paraguay suscribió con el Banco en 1997 el Contrato de Préstamo N° 1006/OC-PR para la implementación del "Programa de Reformas a la Atención Primaria en Salud".

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) de Desarrollo

Objetivo: Apoyar el proceso paulatino de modernización y reforma del sector salud, buscando proveer de manera eficiente y equitativa servicios de buena calidad a la población paraguaya. El Programa, considerado como una primera fase de acompañamiento al proceso de reforma del sector, crea incentivos y mecanismos a implementar en la atención primaria, orientados hacia el mejoramiento de uno de los principales problemas de salud de la población: la mortalidad materna y perinatal.

Objetivos específicos:

- i) Fortalecer la autonomía regional a través, entre otras acciones, de la definición y articulación de las responsabilidades hacia el sector de los diferentes actores (Direcciones Regionales de Salud, Secretarías de Salud de Gobernación y demás entidades regionales y locales);
- ii) Fortalecer el rol normativo y regulador del Ministerio de Salud a través de asistencia técnica, la creación de convenios de cooperación intergubernamental, la provisión de un marco regulador para el sector privado y el desarrollo de la creación de la Superintendencia de Salud (SS) como instancia responsable de la regulación del sector salud;
- iii) Desarrollar un sistema para la distribución de recursos presupuestales en salud tanto del MSPBS como de los recursos departamentales, que disminuya la inequidad regional y se relacione con los niveles de pobreza, la oferta de servicios existente y los indicadores de salud de la región;
- iv) Introducir mecanismos para el mejoramiento de la gestión a nivel regional y local, responsabilizando a las regiones sanitarias y a los departamentos por los resultados de la gestión en salud; y
- v) Proveer un paquete de servicios básicos de atención primaria de buena calidad, lo que implica acciones de mejoramiento en la atención, estimulando la activa participación del sector privado y la integración paulatina de los diferentes actores para la prestación de servicios de salud (sector público, privado e IPS).

ii. Componentes

Este Programa preveía actuar en cinco regiones priorizadas¹ y para el logro de sus objetivos contemplaba dos componentes. I. "Modernización de la estructura organizacional del sector"; y II. "Mejoramiento de la atención primaria en salud". Estos se subdividían en varios subcomponentes que en el año 2005 son reordenados y redefinidos como se indica en la tabla I.

Tabla 1 Componentes y sub-componentes del Programa

Componentes	Sub-componentes del Programa según		
		Diseño original (1997)	Plan de Terminación (2005)
I Modernización de la estructura organizacional del sector	I.1	Fortalecimiento de la autonomía regional	Se da por concluido
	I.2	Iniciativa <i>El Profesional Excelente</i>	Se da por concluido
	I.3	Mejoramiento de estadísticas vitales	Se mantiene igual
II Mejoramiento de la atención primaria	II.1	Desarrollo de los recursos humanos	Se focaliza la capacitación en el PCSB, con el objeto de promover un mejor cumplimiento de éste por parte de los equipos de salud.
	II.2	Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos. Sólo en 5 regiones	Se extiende el sistema de compra y distribución al nivel nacional
	II.3	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento	Se agrega adquisición de kit básico de insumos e instrumentales en el PCBS
	II.4	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia	Se indica volver a licitar un sistema de comunicaciones el que se declara desierto tras un segundo llamado.
	II.5	Información, Educación y Comunicación (IEC)	Se agrega apoyo a las campañas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La puesta en marcha del Programa registró un conjunto de dificultades que se evidencian en los 22 meses transcurridos entre aprobación y elegibilidad para desembolsos. Incluso, a inicios del 2005 todavía registraba una baja ejecución reflejada en desembolsos del 49% (en un período de casi seis años). Además, se detectaron desvíos importantes con lo previsto originalmente en la contratación de recursos humanos (personal sin las competencias requeridas) y también en la adquisición de medicamentos e insumos (faltantes, productos vencidos, almacenamiento inadecuado y mala prescripción).

En el año 2002 se realizó una Evaluación Intermedia y posteriormente una misión de administración en el año 2004. Como consecuencia, se acordó dar por concluidos dos sub-componentes (1. Fortalecimiento de la Autonomía Regional y 2. Iniciativa El Profesional Excelente) del Componente I. El primero (a pesar de haber cumplido con casi todas las actividades previstas) como consecuencia de cambios en el rumbo de la política sanitaria nacional que alteraron los supuestos iniciales (el país no avanzó hacia un sistema nacional descentralizado). El segundo --aunque vigente la necesidad de fortalecimiento en la dotación de Recursos Humanos-- la viabilidad de ejecución era altamente dudosa por resistencias corporativas e incluso por la manifiesta propensión al uso de los recursos para contratar personal no profesional.

Con el propósito de enfocar al Programa en el logro de su objetivo de desarrollo, en la referida misión se acordó la elaboración de un Plan de Terminación y una prórroga del plazo de ejecución por 24 meses. Este Plan, elaborado a inicios del 2005, se centró en el fortalecimiento de la oferta de bienes y servicios de salud en orden a garantizar la cobertura y el acceso a un Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) con clara vocación materno-infantil.

¹ Se tenía previsto que las acciones se concentraran en 5 de los 17 departamentos (el Banco Mundial actuaría en otros 6), los cuales concentran el 50% de la población (Central, Caaguazú, Cordillera, Paraguarí y Guairá).

Con el Plan de Terminación, el Programa ejecutó cerca de U\$20 millones en dos años, monto similar al ejecutado en los siete años anteriores. Esto fue la consecuencia del incremento de establecimientos de salud pública cubiertos por el Programa (pasaron del 45% al 97%), donde se garantizó la prestación de servicios y medicamentos esenciales para madres embarazadas y niños menores de cinco años.

Este Plan, con el que se dio énfasis al Componente II del Programa, fue concebido con los siguientes objetivos específicos: i. Mejorar el acceso de embarazadas y niños menores de cinco años a los servicios de salud del MSPYBS; ii. Dotar con los ítems básicos de infraestructura e instrumentales a Hospitales, Centros y Puestos de Salud; iii. Proveer medicamentos e insumos básicos para los Hospitales, Centros y Puestos de Salud; iv. Capacitar al personal médico, auxiliar de enfermería, encargado de farmacia de los Hospitales, Centros y Puestos de Salud, en la prestación de cuidados sanitarios básicos; v. Aumentar la cobertura del registro de los nacidos vivos y las defunciones.

c. Revisión de la Calidad del Diseño

La evaluación final del Programa, realizada por una firma independiente, concluyó lo siguiente respecto al diseño del Programa:

- 1) **El Programa fue de diseño excesivamente ambicioso**, al intentar abarcar diversas áreas, muchas de ellas complejas de implementar por su magnitud o innovación. Este problema resultó amplificado por un MSPYBS con limitada capacidad de operación y absorción del cambio.
- 2) El desafío impuesto por el complejo diseño **no estuvo acompañado inicialmente de una unidad ejecutora eficiente**.
- 3) **Algunos de los componentes del Programa (el I.1 y II.2 especialmente) adolecían de un diseño adecuado y realista**. El sub-componente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional*, dependía de decisiones políticas fuera del control del Programa de una predecible baja probabilidad de ocurrencia. Por su parte, el subcomponente II.2 *Iniciativa el Profesional Excelente*, presentaba altas probabilidades de conflicto, al conferir privilegios a un grupo reducido de profesionales.
- 4) **El Programa previó oportunamente y desarrolló una buena evaluación**. Disponer en oportunidad con una línea de base y prever los recursos para una encuesta importante al concluir el mismo, refleja una preocupación temprana en el diseño.
- 5) **La generación de nuevos sistemas de información debe venir acompañada desde su diseño de mecanismos que la aprovechen para un mejor funcionamiento del sistema de salud**. Aunque el sistema de registro de estadísticas vitales ha experimentado grandes mejoras con el Programa, es subutilizado. Toda mejora de infraestructura de logística de gestión debe prever capacitación permanente de los operadores y alineamiento de incentivos al uso.

Revisión de la Calidad del Diseño

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☐ Plenamente Satisfactorio (PS) ☒ Menos que Satisfactorio (MS) ☐ Insatisfactorio (I)

III. Resultados

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)	
Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito)	
1. Contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, aumentando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios de salud en 5 regiones sanitarias del país. 1.1 Reducción de la tasa de mortalidad materna estimada en 380 por 100.000 nacidos en un 50 % al final del proyecto. 1.2 Reducción de la mortalidad de los niños de 1 a 5 años estimada en 54 por 1.000 en un 30 % al final del proyecto. 1.3 Reducción de la tasa de mortalidad infantil para niños menores de 1 año, estimada en 42.7 por 1000 en un 30 % al final del proyecto.	
Indicadores Claves de Efectos Directos	
<u>Efectos Directos Planeados:</u> <u>Línea de Base</u> 1.1B 380 por 100.000 N.V (30 Apr 1997) 1.2B 54 por 1000 N. V (30 Apr 1997) 1.3B 42,7 por 1000 N. V (30 Apr 1997) <u>Término del Proyecto</u> 1.1E 190 por 100.000 N.V (-50%) (31 Dec 2002) 1.2E 37,8 por 1000 N.V (-30%) (31 Dec 2002) 1.3E 29,9 por 100.000 N.V (-30%) (31 Dec 2002)	<u>Efectos Directos Logrados</u> 1.1 126,6 por 100.000 N.V (31 Dec 2007) (67%) 1.2 19,8 por 1000 NV (31 Dec 2007) (63%) 1.3 16,6 por 1000 NV (31 Dec 2007) (61%) En la sección VI. a. se presenta un análisis detallado de estos indicadores.
2. Mejorar el Sistema de Atención Primaria en Salud. 2.1 Aumento neto de 34.000 embarazadas atendidas por el MSPyBS 2.2 Aumento neto de 240.000 niños menores de cinco años atendidos por el MSPyBS 2.3 Aumento neto de 41.000 partos atendidos por el MSPyBS.	
Indicadores Claves de Efectos Directos	
<u>Efectos Directos Planeados:</u> <u>Línea de Base</u> 2.1B 110.184 (31 Dec 1997) 2.2B 275.639 (31 Dec 1997) 2.3B 58.307 (31 Dec 1997) <u>Término del Proyecto</u> 2.1E 144.184 (31 Dec 2002) 2.2E 515.639 (31 Dec 2002) 2.3E 99.307 (31 Dec 2002)	<u>Efectos Directos Logrados</u> 2.1 130.122 (31 Dec 2007) 2.2 567.883 (31 Dec 2007) 2.3 55.889 (31 Dec 2007) En la sección VI. a. se presenta un análisis detallado de estos indicadores.
En cuanto a los objetivos de desarrollo 1 y 2, cabe señalar que el Programa contribuyó con un aporte significativo al mejoramiento de la salud materno-infantil de la población en todo el país, en la medida que mejoró la capacidad de oferta (y consumo) de servicios de salud ligados al PCSB y mejoras de infraestructura. La multifactorialidad de los indicadores de salud materno-infantil y la inexistencia de datos impiden demostrar la relación causa-efecto, pero es factible atribuir alguna asociación, pues las prestaciones otorgadas en el nivel primario son altamente costo-efectivas y por ende se espera que la mayor oferta y uso de esas prestaciones sean un aporte a la salud de ese grupo poblacional.	
3. Apoyar la modernización de la estructura organizacional del sector.	
Indicadores Claves de Efectos Directos	
3.1 Rol normativo y regulador del MSPyBS establecido. 3.2 Sector departamental y distrital fortalecido con nuevas responsabilidades y asignaciones presupuestarias correspondientes.	Este objetivo se basó en el supuesto de la viabilidad del Sistema Nacional de Salud, definido por la Ley 1032, que proponía un marco organizativo para la desconcentración del sector, así como un nuevo rol regulador para el MSPyBS que contemplaba la integración de proveedores públicos, privados y de la seguridad social. Esas líneas de política no contaron con respaldo ni consenso político, y fueron dejadas de lado por el nuevo Gobierno en el 2003.
Reformulación. N/A	
Reajuste ISDP: indicar si y cuándo el ISDP fue reajustado, y explicar cambios que resultaron de este ejercicio. N/A	
Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):	
<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP) <input checked="" type="checkbox"/> Probable (S) <input type="checkbox"/> Poco Probable (PP) <input type="checkbox"/> Improbable (MI)	

Justifique brevemente la clasificación basada en el grado de cumplimiento de las metas planeadas, explicando las diferencias entre los efectos directos planeados y los logrados, así como otros factores relevantes. Indicar referencias sobre la evidencia que respalda dichos resultados.

Existe una dificultad originada en la formulación de objetivos. El 1 refiere a resultados sanitarios y el 2 refiere a mejora en la producción. Se presume que 2 debería ser causa de 1 (de todos modos, 2 es universalmente reconocida como una de las bases de sustento de la estrategia de APS en atención materno infantil). No obstante, solamente el resultado directo 2.3 está por debajo de lo previsto. En tal caso, la información disponible no permite concluir respecto al fenómeno, presumiblemente asociado a una incorrecta hipótesis en la partida (por ejemplo: i. exagerar el efecto de la falta de partos institucionales como causa de mortalidad infantil y materna; o, ii. que la mayor captación de embarazadas ocurre simultáneamente con una derivación de partos en otro subsistema; etc)

Algunos eventos y circunstancias apoyan el juicio respecto a la apropiación y cumplimiento de los objetivos en el largo plazo. Así, el MSPBS en el año 2003 incluye en su política nacional el objetivo general de la equidad y el específico de la morbilidad materno infantil ("Política Nacional de Salud del Gobierno Nicanor Duarte Frutos 2003-2008"). Esto se vuelve a reafirmar y especificar en el 2004, en el documento "Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social", y más tarde, con iniciativas concretas para la reducción del gasto de bolsillo en salud a través de medidas tendientes al aseguramiento materno infantil.

La instrumentación de estos lineamientos de política, incluyeron en el 2004 la distribución de insumos sanitarios bajo el nombre de Kit de partos y la reglamentación de la gratuidad de las consultas para embarazadas. Más adelante, el MSPyBS desarrolla, con apoyo del UNFPA y la OPS, los estudios CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales. No es sino el estudio CONE sobre el que se elabora el Plan de Terminación para el Contrato de Préstamo 1006/OC-PR.

Estrategia de País: La estrategia del Banco con el país establecía que se debía focalizar los esfuerzos en el desarrollo de los sectores sociales, en particular mejorando en calidad y acceso los servicios sociales básicos a la población vulnerable.

a. Externalidades

El Programa contribuyó al alivio de la pobreza y a la equidad. Al otorgar las prestaciones sin cobro directo a los beneficiarios, redujo el gasto de bolsillo de las personas en la atención de la salud. Asimismo, incorporó un enfoque universal en las políticas de salud al ser expandido a todo el territorio nacional.

Aportó herramientas de información que axiomáticamente facilitan la formulación y evaluación de otras intervenciones en salud. Por un lado, apoyó el Estudio CONE en 2005 y su repetición parcial en 2007. Por otro lado, replica en parte la Encuesta de Utilización y Gasto en Salud (EUGS) de 1996 incluyendo un módulo de utilización y gasto en salud dentro de la EPH en 2006. Por último, mediante el sub-componente *Mejoramiento de estadísticas vitales*, el MSPyBS avanza hacia el fortalecimiento e integración de un sistema nacional de información en salud.

b. Productos

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
1. Componente I. Modernización de la estructura organizacional del sector. Subcomponente I.1 Fortalecimiento de la Autonomía regional Costo total Componente 1: 940.000 Contrapartida: 0 BID: 940.000 Desembolso BID %: 57,47% Clasificación: MI	<u>Productos Planeados</u> 1.1 Cinco convenios de cooperación Dirección Regional – Gobernación puestos en vigencia por un año de ejecución. 1.2 Seis convenios entre proveedores firmados por un año de ejecución (MSPyBS, sector privado, IPS) 1.3 Distribución regional y departamental de recursos presupuestarios de 10% el primer año y aumentando en 10% cada año de ejecución. Desde elegibilidad, 2000-2007, 8 años. 1.4 Regulación del sector privado con una ley aprobada al tercer año. 1.5 Superintendencia creada al cuarto año.	<u>Fin de Proyecto</u> 1.1; 1.2; 1.3; y, 1.4. La meta no fue alcanzada por motivos externos al Programa. 1.5 La meta fue alcanzada pero sin vinculación con las acciones del Programa.
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica). Este sub-componente buscaba apoyar los procesos legislativos que estaban presentes al inicio del Programa de forma tal de favorecer la autonomía regional y en paralelo a eso fortalecer la MSPyBS como el ente rector del sector. Las actividades planificadas eran de carácter de asistencia técnica al proceso. El análisis de las actividades efectuadas y su efecto permitieron concluir que presentó un bajo nivel de cumplimiento debido, probablemente, a la falta de apoyo político de la iniciativa. Ello revela problemas en su diseño, el que fue poco realista. En el primer semestre del 2005 llegaron a su final las actividades de este Sub-componente.		

Reestructuración. [N] N/A El componente no fue reestructurado. Con el Plan de Terminación se dio por concluido.		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente I. Subcomponente I.2. Iniciativa El Profesional Excelente Costo total Componente 2: 2.700.000 Contrapartida: 2.100.000 BID: 600.000 Desembolso BID %: 105,5% Clasificación: MI	<u>Productos Planeados</u> 2.1 75 profesionales contratados para trabajar en zonas desfavorables.	<u>Fin de Proyecto</u> 2.1 Aunque inicialmente los profesionales fueron contratados, el modelo fue reemplazado por la iniciativa "Personal de blanco" desplegada desde el MSPyBS.
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). [A] N/A Esta iniciativa consistía en un sistema de selección de candidatos y de asignación geográfica de médicos y enfermeras. Se creaba un sistema de mérito y de incentivos para la asignación de personal en áreas deficitarias. Incentivaba preferentemente la participación de médicos recién egresados, asignándoles condiciones ventajosas. Inicialmente el Programa cubría el presupuesto total, para luego traspasarlo gradualmente a los niveles locales. Debido a la imposibilidad de que los gobiernos locales asumieran el gasto, se resolvió más tarde reformular la actividad. La iniciativa "Profesionales de Blanco" se crea para la contratación de profesionales diversos y cubrir necesidades en los Hospitales Distritales, Centros y Puestos de Salud. Al año 2005 se habían contratado 340 profesionales. No obstante la medición presuntamente favorable (respecto a los 75 profesionales previstos), en el primer trimestre del 2005 una Auditoría Independiente concluyó que los requisitos y condiciones previstas no fueron cumplidos, y que podía haber riesgo de asignación discrecional de recursos que podían comprometer el logro del objetivo del subcomponente. En síntesis se puede concluir que la iniciativa original desarrolló cuantitativamente las actividades planificadas a pesar de lo cual, no fue exitosa por falta de corresponsabilidad de los niveles locales y por conflictos derivados de situaciones laborales ventajosas para un grupo reducido.		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente I. Modernización de la estructura organizacional del sector. Subcomponente I.3. Mejoramiento de las Estadísticas Vitales. Costo total Componente 3: 560.000 Contrapartida: 0 BID:560.000 Desembolso BID %: 71,7% Clasificación: I	<u>Productos Planeados</u> 3.1 Mejoramiento de las estadísticas vitales: reducir el subregistro de nacidos vivos de 50% a 20%. (30 de abril de 1997) 3.2 Mejoramiento de las estadísticas vitales: reducir el subregistro de defunciones de 50% a 20%. (30 de abril de 1997)	<u>Fin de Proyecto</u> 3.1 Subregistro de NV reducido al 37,3% (31 de diciembre de 2007) 3.2 Subregistro de defunciones reducido al 33.1% (31 de diciembre de 2007)
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica). [A] N/A Este Sub-componente comenzó en 2005 cuando las acciones propuestas fueron consensuadas por un Comité Técnico de Estadísticas Vitales. A principios del 2006, fue instalado el Sistema Informático de las Estadísticas Vitales, que ésta funcionando en el nivel central y las cabeceras de las 18 Regiones Sanitarias. Los funcionarios responsables (62 en total) del manejo del sistema de informático fueron capacitados en análisis de datos (SPSS) y para la clasificación codificada de enfermedades (CIE 10). Otros 153 funcionarios de las 18 Regiones Sanitarias participaron en jornadas de retroalimentación para el manejo del Sistema Informático. En términos generales presenta evidencias claras de progreso en el registro de las estadísticas vitales.		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente II. Mejoramiento de la atención primaria Subcomponente II.1 Desarrollo de Recursos Humanos. Costo total Subcomponente II.1: 2.040.000 Contrapartida: 640.000 BID:1.400.000 Desembolso BID %: 56,7% Clasificación: S	<u>Productos Planeados</u> 4.1 269 personas capacit. en 5 hosp. regionales y centros de salud. (al 31/12/02) 4.2 150 parteras capacit. en los 3 primeros años (al 31/12/02) 4.3 139 Capacit. en gerencia de salud y s.reproductiva en el 2do y 3er año (31/12/02) 4.4 35 Jornadas de capacitación para choferes y radiotelefonistas y cursos para choferes de ambulancia en el segundo y tercer año (al 31/12/02) 4.5. 1800 capacitados en guías terapéuticas y procedimientos del PCSB (31/12/07) 4.6 250 directivos de establecimientos capacit. para la gestión de insumos y funcionamiento en red (al 31/12/07) 4.7 60 cuadros técnicos y administrativos capacitados para la gestión de suministros de medicamentos (al 31/12/07) 4.8 32 personas de Cons. de Salud sensibilizados (al 31/12/07) 4.9 833 supervisiones capacitantes para seguimiento de la implementación del PCSB (al 31/12/07).	<u>Fin de Proyecto</u> 4.1 1458 (2007) 4.2 570 (2007) 4.3 297 (2007) 4.4 0 (2007) 4.5 1432 (2007) 4.6 237 (2007) 4.7 115 (2007) 4.8 70 (2007) 4.9 591 (2007)

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). Inicialmente se realizaron acciones de capacitación que, aunque superaron las metas cuantitativas, no se articularon con un modelo concreto de APS. Con el Plan de Terminación, la capacitación fue articulada con el PCSB (productos 4.5 en adelante). Pero en este caso, las metas se alcanzaron de forma parcial (en particular la supervisión capacitante. Ver detalle en anexo 4.		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente II. Subcomponente II.2 Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos. Costo total Subcomponente II.2 : 10.100.000 Contrapartida: 4.860.000 BID:5.240.000 Desembolso BID %: 149% Clasificación: S	<u>Productos Planeados</u> 5.1 Servicios de salud incorporados al abastecimiento periódico con Kits de medicamentos PCSB.: 815 (al 31 Dec del 2007)	<u>Fin de Proyecto</u> 5.1 Servicios incorporados al PCSB 817 (31 Dec 2007)
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica). La auditoría de Medicamentos de 2004 concluyó que el sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos había generado pérdidas por mal almacenamiento, vencimientos y extravíos. Con el Plan de Terminación, el Ministerio terceriza estas actividades de modo de reforzar el PCSB. Una segunda Auditoría externa verificó el correcto funcionamiento del nuevo sistema. Luego de concluido el préstamo del Banco, se continuaba distribuyendo medicamentos a todos los servicios de forma regular. Los estudios CONE (2004 y 2007) verifican que en los Centros de Salud incrementaron la disponibilidad de los medicamentos e insumos esenciales, pasando de un 54% antes del Programa a un 67%. Además, como efecto derivado se verifica un aumento de demanda de la población. Así, una evaluación en base a encuestas registra un incremento del 151% en las consultas de menores de cinco años en los servicios del MSPyBS y un aumento de cobertura de los controles del embarazo (que pasó del 94% al 97,5%)		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente II. Subcomponente II.3 Rehabilitación de infraestructura y equipamiento. Costo total Subcomponente II.3: 22.00.000 Contrapartida: 0 BID:22.000.000 Desembolso BID %: 109,1% Clasificación: S	<u>Productos Planeados</u> 6.1 24 Hospitales distritales rehabilitados, con capacidad resolutive mejorada (31/12/02) 6.2 Centros y puestos de salud preparados y adecuados: 10 (al 31 de diciembre de 2002) 6.3 Servicios equipados con Kits de instrumental: 362 (al 31 de diciembre de 2007)	<u>Fin de Proyecto</u> 6.1 22 (2007) 6.2 18 (2007) 6.3 362 (2007)
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). Estas acciones fueron complementadas con la adquisición y distribución kits de instrumental básico (57 para hospitales y 305 para centros y puestos de salud), así como obras de infraestructura que rehabilitaron y equiparon 5 hospitales, 14 centros pasaron a la categoría de hospitales distritales, 18 centros resultaron rehabilitados y 3 almacenes de vacunas (ver detalle de obras en anexo 2).		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente II. Subcomponente II.4 Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia. Costo total Subcomponente II.4: 1.920.000 Contrapartida: 0 BID: 1.920.000 Desembolso BID %: 2,65% Clasificación: MI	<u>Productos Planeados</u> 7.1 Sistema de radiocomunicación y de transporte de emergencia funcionando, priorizando los hospitales regionales y distritales.	<u>Fin de Proyecto</u> 7.1 Meta no cumplida.
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica). En el 2004 y 2005 se llevaron a cabo sucesivamente convocatorias a una LPI para la "Adquisición de un Sistema de Radiocomunicaciones para (5) Regiones Sanitarias", ambas no pudieron adjudicar y se decidió cancelar la ejecución del componente. La base de este subcomponente era la compra de equipamiento de radiocomunicaciones y de transporte para la operación de un sistema de referencia y contra referencia, por lo que al fallar la adquisición de tales equipos se falló en el logro del objetivo.		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
Componente II. Subcomponente II.5 Plan Maestro de Educación, Información y Comunicación implementado. Costo total Subcomponente II.4: 1.800.000 Contrapartida: 0 BID: 1.800.000 Desembolso BID %: 22% Clasificación: S	<u>Productos Planeados</u> 8.1 Difusión de una campaña de comunicación masiva sobre autocuidado, prevención y atención de la salud.	<u>Fin de Proyecto</u> 8.1 Campañas de auto-cuidados de salud, promoción de vacunación y combate al dengue implementadas

Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica).

Se desarrollaron acciones de promoción de la salud con enfoque en la atención primaria (ferias, seminarios, etc.) y se apoyó el diseño y difusión de materiales para diversas campañas (Inmunizaciones, erradicación de la rubéola, lucha contra el dengue y Registro de los Hechos Vitales). Además, se realizó un programa piloto de movilización comunitaria, orientado a trabajar el capital social en torno al temas de salud para empoderar a los ciudadanos y los consejos locales de salud. También, se desarrollaron materiales promocionales sobre el funcionamiento del PCSB. Sin embargo, a la fecha estos materiales no han sido empleados por el MSPyBS como una herramienta de difusión y sensibilización a la población en los temas de salud abordados. Las razones de esta postergación en la aplicación son de diversa naturaleza incluyendo los cambios de directivos ministeriales, la espera del tiempo necesario para evaluar el éxito del PCSB y no generar falsas expectativas y eventual frustración de la comunidad. Lo relevante es que existen elementos disponibles y aún vigentes para ser utilizados.

c. Costos del Proyecto

Costo Total del Proyecto - Planeado (US\$46,000,000) Miles de dólares				Costo Total del Proyecto - Actual (US\$000) Miles de dólares			% Diferencia
CATEGORIAS	FUENTE DE FINANCIAMIENTO			Presupuesto modificado al año 2006			
	BID	LOCAL	TOTAL	BID/CO	LOCAL	TOTAL	
1. Adm. y supervisión	2,500		2,500				
2. Componente I	2,100	2,100	4,200	1,407	852	2,359	
2.1 Fort. de la autonomía regional	940		940	523		523	
2.2 "El Profesional Excelente"	600	2,100	2,700	585	836	1,422	
2.3 Estadísticas vitales	560		560	398	15	415	
3. Componente II	32,360	5,500	37,860	33,449	5,366	38,815	
3.1 Desarrollo de RRHH	1,400	640	2,040	794	73	867	
3.2 Sist. Adq. de medicamentos	5,240	4,860	10,100	7,824	4,400	12,224	
3.3 Infraestructura y equip.	22,000		22,000	24,444	861	25,305	
3.4 Sist. de referencias recíprocas	1,920		1,920	52		52	
3.5 Divulgación	1,800		1,800	335	32	367	
4. Prep. del proyecto (PPF)	400		400				
5. Costos concurrentes	1,250		1,250				
5.1 Auditoría	1,000		1,000				
5.2 Evaluación	250		250				
6. Inspección y vigilancia	390		390				
TOTAL	39,000	7,600	46,600				
PORCENTAJE	84	16	100				

IV. Implementación del Proyecto**a. Análisis de los factores críticos**

Los factores críticos son de varios tipos y se relacionan entre sí: el diseño del propio proyecto, la capacidad de ejecución y el ambiente institucional. El diseño del proyecto era ambicioso al incluir simultáneamente la modernización del sistema de salud y aspectos de atención. El supuesto implícito de disponibilidad de RRHH y de infraestructura fue poco realista, así como supuestos de voluntad política y ambiente propicio no se cumplieron. Este diseño combinado a una unidad gestora al inicio débil y un Ministerio de comportamiento inercial y poca vocación de cambio, contribuyeron a alargar el período de ejecución. Por último, especialmente el fortalecimiento de la autonomía regional, requiere voluntad y consenso políticos ausentes hasta ahora inclusive.

b. Desempeño del Prestatario

La ejecución -al inicio lenta- fue consecuencia de limitaciones en las capacidades operativas de los responsables. En los últimos tres años de ejecución, la gestión mejoró por la actitud del nuevo equipo de la Unidad y la mayor concreción del Plan de Terminación, logrando revertir la sub-ejecución de actividades y recursos. Sin embargo, el formato de autonomía de dicha Unidad si bien ejecutiva, sacrificó en parte la absorción de logros del Programa por parte del Ministerio.

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

La asistencia técnica y gerencial brindada por el Banco en el tramo final ayudó a revertir el desempeño previo del Programa; sin embargo, la supervisión no fue óptima por la ausencia de especialista a nivel de la Representación y la rotación de los especialistas nivel de la Sede.

Clasificación del Desempeño del Banco			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

El Plan de Terminación apuntó al fortalecimiento de la oferta de bienes y servicios de salud para un PCSB. Su implementación fue acelerada permitiendo concluir el proyecto satisfactoriamente en el Componente II. Su éxito resulta de la articulación público–privado que permitió la logística y distribución de medicamentos. La capacidad de almacenamiento y distribución del Ministerio no es suficiente como para asumir estas funciones. Así, el primer factor crítico para la sostenibilidad es la de continuar con la tercerización. En segundo lugar, las obras de infraestructura requieren mantenimiento que no se realiza en forma adecuada. En tercer lugar, los sistemas de información desarrollados requieren de recursos humanos dedicados. Esto se logró en el subcomponente I.3 Mejoramiento de las Estadísticas pero no ocurrió lo mismo con el desarrollado para el PCSB, el cual procesa recetas y planillas de control de inventario de los servicios de salud abastecidos. En cuarto lugar, el ciclo de gestión de medicamentos es complejo. Fallas en una sola secuencia pueden invalidar los logros. Así, mantener un sistema de mejoramiento continuo es necesario para garantizar la continuidad del sistema de adquisición y distribución de suministros.

b. Riesgos Potenciales

Los siguientes riesgos podrían afectar la sostenibilidad de los logros del Programa:

Riesgos potenciales en la sostenibilidad de los logros de la OC 1006 PR

Componentes	Sub-componentes del Programa según Plan de Terminación		
	Subcomponente	Riesgos Potenciales	
I Modernización de la Estructura organizacional del sector	I.3	Mejoramiento de estadísticas vitales	1. Discontinuidad en la provisión de formularios. 2. Falta de RRHH para carga y procesamiento. 3. No aprovechamiento de las informaciones generadas en la formulación y gestión de políticas y servicios.
	II.1	Desarrollo de los recursos humanos	4. Desvíos en la ejecución del PCSB que podrían ser evitados a través de la Supervisión Capacitante.
II Mejoramiento de la atención primaria	II.2	Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos.	5. Discontinuidad de la provisión por demoras en adquisiciones. 6. Deterioro de la logística y distribución. 7. Provisión inadecuada a las necesidades de los servicios por baja o no utilización del sist. de información PCSB.
	II.3	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento.	8. Mal mantenimiento de infraestructura/equipo. 9. Discontinuidad de la atención por falta de designación de personal o por su rotación.
	II.5	Información, Educación y Comunicación (IEC)	10. No aprovechamiento del material de difusión desarrollado por el Programa.

c. Capacidad Institucional

El Programa ha marcado una gran diferencia en la entrega de servicios del MSPyBS. Para asegurar su continuidad, el MSPyBS creó en 2007 la Dirección de Programa de Cuidados Sanitarios Básicos con estructura, funciones y presupuesto para 2008 aprobados. En 2008 la nueva gestión priorizó la función de suministros al instituir la Dirección de Insumos Estratégico en Salud. Tales medidas hicieron sostenible la adquisición, distribución y provisión de fármacos. Sin embargo se discontinuaron funciones centrales del diseño, como la alimentación del sistema de información con los formularios generados por el PCSB y la supervisión capacitante.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

Los resultados alcanzados en relación al objetivo 1. "Contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil", son parciales. Cabe observar que en la línea de base había un notable subregistro y deficiencias de estimación. Indicadores:

- TMM (1.1B) 90 por 100.000 N.V. (1997) y llega a 174,5 en el 2003. Considerando este valor como Línea de Base para el Plan de Terminación del Programa se puede concluir que se obtuvo una reducción del 27%. Sin embargo, resulta insuficiente en función de lo programado y de la situación del país (que registra la tercer peor TMM de la región).
- TM<5 (1.2B) 25,1 por 1000 N.V, lo cual implica una reducción del 21%.
- TMI (1.3B) 19,7 por 1000 NV, lo cual implica una reducción del 15%.

Algo similar ocurrió con los resultados obtenidos respecto al objetivo 2. "Mejorar el Sistema de Atención Primaria en Salud". Se puede afirmar que el objetivo se logró aún cuando cuantitativamente embarazos y partos atendidos son menores a lo esperado. Esto se debe a que las metas de aumentos pueden haber sido sobreestimadas cuando la tasa de natalidad disminuyó un 6%. En segundo lugar, la respuesta del MSPyBS ha mejorado. Esto se verifica comparando en la EUGS de 1996 y la EPH de 2006, donde se constata que la proporción de partos atendidos en el MSPyBs subió un 13,7% pasando de 35,3% a 49%. En tercer lugar, el Plan de Terminación asumió como meta cubrir con el PCSB a 600 mil menores y 90 mil embarazadas. Ambas metas fueron alcanzadas en un 93% y 142% respectivamente (ver anexo 3).

Respecto al objetivo 3. "Apoyar la modernización de la estructura organizacional del sector", aunque se concretaron los productos esperados, el objetivo no se cumplió. Los indicadores claves para el desempeño del subcomponente no fueron alcanzables debido a factores fuera del control del Programa. Los acuerdos con Hacienda para la descentralización del presupuesto a nivel departamental nunca se materializaron para potenciar los esfuerzos del Programa para fortalecer la gestión local. Para concluir, el análisis de las actividades efectuadas y su efecto permite concluir que el componente presentó un bajo nivel de cumplimiento debido a la falta de apoyo político de la iniciativa. Ello revela problemas en su diseño, el que fue poco realista.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

En Abril del 2008 se culminó la evaluación final del Programa, cuyos resultados y conclusiones han apoyado la elaboración del presente informe. Un aspecto a resaltar en términos de seguimiento es la implementación de la EUGS como insumo para el diseño y evaluación del Programa, junto al módulo de salud incorporado en la EPH del último trimestre del 2006. En

conclusión, la replicación de estas encuestas poblacionales resultará un instrumento necesario tanto para el eventual diseño de nuevas intervenciones como para monitoreo de los resultados y continuidad de la intervención implementada por el Programa.

Lecciones Aprendidas

Una formulación que sobreestima la viabilidad política de las intervenciones corre el riesgo de bloquear la ejecución del Programa. En este caso el Programa registró serias dificultades. Estas dificultades responden a supuestos inadecuados asumidos en la instancia de formulación, especialmente las que suponían la continuidad de las políticas de reforma. Adicionalmente no se consideraron las limitaciones institucionales de la UCP. Un horizonte preciso asociado al Plan de Terminación y la constitución de una nueva UCP lograron sacar al Programa de su estancamiento.

En la programación es imprescindible definir resultados que sean consecuencia de las intervenciones del proyecto. En el diseño no fue realista postular como resultados la sanción de leyes (de regulación del sector privado), la creación de instituciones (Superintendencia de Salud) ni la firma de convenios entre regiones y gobernación.

Es fundamental definir de antemano el esquema de evaluación del Programa. En este caso la disponibilidad de la EUGS implementada como un insumo para el diseño del Programa resultó de suma utilidad. No ocurrió lo mismo con el estudio CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales) que fue contemplado como un aporte para la evaluación del Plan de Terminación. Dicho estudio había sido formulado con otros objetivos y en su implementación, así como en los reportes que generó, no se generó información apropiada en tiempo y forma para contribuir a la evaluación de la intervención del Programa.

Crear unidades ejecutoras fuera de la estructura del Ministerio condiciona la transferencia y sostenibilidad de los desarrollos del proyecto. La ejecución del Proyecto depende, en gran medida, de contar con una unidad con capacidad de gestión. El desafío impuesto por el complejo diseño no estuvo acompañado inicialmente de una unidad ejecutora eficiente, lo cual se tradujo en una importante sub-ejecución en los primeros años. Sin embargo, el éxito del proyecto no garantiza la continuidad de sus actividades cuando el mismo depende de la buena gestión de una unidad externa al MSPyBS.

El mecanismo de focalización adecuado no es el mismo para inversiones en activos fijos que para la provisión de insumos y servicios de salud. En todos los casos la focalización tiene como propósito equiparar el acceso a servicios homogéneos de toda la población. Sin embargo, el caso de los activos fijos y los de consumo se diferencian en los plazos para la realización de la señalada equidad. Unos en el largo y los otros en el corto plazo.

Disponibilizar medicamentos puede servir para promover reformas de salud. Una adecuada provisión de suministros puede también promover el acceso a los servicios y ordenar el funcionamiento en red fortaleciendo la productividad y resolutivez del primer nivel de atención.

Compras centralizadas con entregas descentralizadas resultan muy eficientes. La compra nacional a través de una Licitación Pública Internacional permite obtener economías de escala y economías por competencia que en este caso llegaron a significar ahorros de hasta un 80% respecto al precio de venta al público.

ANEXO I

Evaluación del Prestatario



Banco Interamericano de Desarrollo
Informe de Terminación de Proyecto –2006 PCR
Evaluación del Prestatario

Nombre del Proyecto: Reformas a la Atención Primaria de Salud

Agencia(s) Ejecutora(s): Unidad Coordinadora de Proyecto

Prestatario: Ministerio de Salud y Bienestar Social

Fecha de Aprobación del Proyecto: 22 mayo de 1997

Fecha Efectividad Contrato: 6 de julio de 1998

Fecha Evaluación Prestatario: 26 de noviembre de 2008

Fecha Esperada Taller de Cierre:

Clasificación del Desempeño del Proyecto por el Prestatario

La probabilidad de Lograr su Objetivo(s) de Desarrollo:

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

Implementación del Proyecto:

☐ Muy Satisfactorio (HS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Poco Satisfactorio (PC) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

Sostenibilidad de Resultados de Proyecto:

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

Comentarios:

A partir de la aprobación por parte del BID y de la implementación, por parte del prestatario, del Plan de Terminación; se consiguió avanzar sobre dos de los tres objetivos de desarrollo asumidos por el proyecto.

Desempeño del Prestatario

Por favor clasifique su propio desempeño durante la preparación y ejecución del Proyecto:

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Poco Satisfactorio (US) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

Comentarios:

Durante los primeros años de ejecución se registraron dificultades, tanto en términos de operatividad de la UCP, como de viabilidad política de algunos de los subcomponentes y acciones programadas. A partir de 2004 la UCP presentó Planes Operativos Anuales y Programas de Adquisiciones y Contrataciones. A partir de 2005 acordó con el Banco un Plan de Terminación junto con una prórroga en el plazo de ejecución. En la fecha actual se concretaron todas las actividades y se alcanzaron los productos definidos en dicho Plan de Terminación. Por estos motivos se considera que, a pesar de las dificultades iniciales, el desempeño del prestatario resultó satisfactorio.

Desempeño del Banco

Por favor clasifique el desempeño del Banco durante la preparación y ejecución del Proyecto. Elementos que deben ser considerados, incluir hasta que punto el Banco facilitó la participación en el diseño del proyecto, propuso adecuadas soluciones técnicas a problemas identificados, y respondió a las necesidades del Prestatario (sentido del tiempo a la respuesta del Banco, y selección de tipo de instrumento) así como asistencia técnica (y la flexibilidad de responder a situaciones de emergencia durante la implementación del proyecto. Sus comentarios serán incorporados en el PCR, sin ser alterados). Favor notar que esta sección será replicada sin alterar al cuerpo principal del PCR.

[] Muy Satisfactorio (MS) [**S**] Satisfactorio (S) [] Poco Satisfactorio (PS) [] Muy Insatisfactorio (MI)

Comentarios:

El Banco apoyó la ejecución del proyecto. En algunas instancias la respuesta a solicitudes de No objeción resultó muy demorada y esto comprometió la ejecución en tiempo y forma. Sin embargo creemos necesarios que para futuros Programas financiados con recursos del Banco se puedan buscar, conjuntamente con el Prestatario salidas puntuales y oportunas antes las primeras adversidades que surjan en las etapas tempranas de ejecución de los Programas así como estrategias conjuntas para una mejor agilización de las aprobaciones correspondientes.

Sugerencias Adicionales para Mejorar el Desempeño del Banco

Comentarios/sugerencias adicionales para mejorar el futuro desempeño del Banco.

Desde el momento en que se diseña el proyecto, se debería contemplar al tratarse de un proyecto amplio y complejo y que el área de salud es crítica en el país. Por estos motivos hubiera sido más adecuado que el Banco designara un especialista en salud para oficiar como referente y contraparte del proyecto. Se recomienda que esta medida sea tomada en cuenta para futuras operaciones en el sector.

Anexo 2

Obras de infraestructura

Descripción de la Obra	Empresa		Fecha de Entrega			Valor Total de la Obra
	Adjudicada	Fiscalizadora	Provisoria		Definitiva	
LPI N°01/2000 - Obras Civiles para la Ampliación de Centros Asistenciales						
H. D. Caaguazu	CONSORCIO EDB	TECMA S.A.	30/08/2001	11/12/2001	2.324.485.540	
H. D. Juan Manuel Frutos	CONSORCIO DMV S.A. - CARAGUATAY S.A.		01/08/2001	14/09/2001	1.180.375.178	
H. D. Repatriacion	CONSORCIO ING. PATIÑO-ING. MORENO-ARQ. MORENO		05/09/2001	06/12/2001	1.175.110.014	
H. D. Yhu	CONSORCIO CCC S.A.-ING. CARLOS RIOS ROMAN		26/07/2001	12/10/2001	1.278.396.095	
H. D. Altos	CONSORCIO ITASA-BAUMAN-LEVI&ASOCIADOS	CIVIAL S.R.L.	31/07/2001	13/09/2001	1.301.420.000	
H. D. Eusebio Ayala	ECCA S.A.		27/09/2001	19/10/2001	1.280.587.724	
H. D. Quindy	APONTE - LATORRE S.R.L.		10/08/2001	17/09/2001	1.172.902.062	
H. D. Colonia Independencia	CONSTRUCTORA PEREIRA THALMANN	ALFA Y OMEGA	13/09/2001	10/12/2001	1.249.649.203	
H. R. Villarrica	CONSORCIO EDIVI S.A. - ING. TEODORO RIVEROS		07/12/2001	02/01/2002	3.950.815.772	
Concurso						
C. S. 1º de Marzo	D.M.V S.A.		UCP/B ID	27/05/2002	27/06/2002	98.713.446
LPN N°03/2002 - Ejecucion de Obras Civiles en los Hospitales de Luque, Ñemby, y Mariano R. Alonso						
H. D. de Mariano Roque Alonso	CONSORCIO CHAVEZ, DIAZ Y ASOC.		Arq. Castell, Ing. Cabañas, Ing. Galiano, Ing. Benítez, Ing. Mallada e Ing. Bellasai	14/12/2004	03/03/2005	1.729.169.961
H. D. de Ñemby	CONSORCIO CHAVEZ, DIAZ Y ASOC.			01/11/2004	23/02/2005	1.561.894.958
H. R. de Luque	VIVIENDAS PARAGUAYAS S.A.			30/06/2005	30/08/2005	8.191.654.204

LPN N°01/2005 - Trabajos de Reparación en 9 Establecimientos de Salud					
H. D. Juan Manuel Frutos	CONSTRUCTORA DMV S.A.	UCP/BID	02/01/2006	01/02/2006	195.546.708
H. D. Repatriacion			02/01/2006	01/02/2006	
H. D. Yhu			01/03/2006	31/03/2006	
H. D. Altos	PROEL INGENIERIA		02/01/2006	01/02/2006	326.028.864
H. D. Eusebio Ayala			31/03/2006	02/05/2005	
H. D. Quindy			02/03/2006	31/03/2006	
H. D. Colonia Independencia	CONSORCIO INDEPENDENCIA		30/01/2006	02/03/2006	329.128.176
H. R. Villarrica			31/03/2006	02/05/2006	
H. D. Caaguazu	CONSORCIO CONSTRUCTA S.A. - TAIVO S.A.	Ing. Bellasai	02/05/2006	31/05/2006	781.022.585
LPI N°04/2005 - Ejecucion de Obras en 8 Establecimientos de Salud					
H. D. Villeta	ITASA S.A.	CONSORCIO VERA VIERCI - TECNO DINAMICA	01/10/2007	30/11/2007	1.892.029.082
H. D. Itá			01/10/2007	30/11/2007	2.805.399.148
C. S. M. J.Troche			01/10/2007	30/11/2007	2.330.625.867
H. D. Arroyos y Esteros (*)	COCIEL INGENIERIA S.R.L.	CIA S.R.L.	Falta la instalación del Generador para proceder a la Recepción Provisoria	-----	2.298.844.727
H. R. Caacupé			05/06/2008	11/08/2008	6.893.276.666
H. D. Ybycuí	R.O.G.	CONSORCIO VERA VIERCI - TECNO DINAMICA	04/06/2007	04/08/2007	3.400.333.383
C. S. Mbuyapey			14/03/2007	14/05/2007	1.679.648.369
H. R. Paraguairí			02/05/2007	02/07/2007	4.140.928.005
LPI N°01/2006 - Reparacion y Ampliacion del Hospital Regional de Cnel. Oviedo					
H. R. Cnel. Oviedo (*)	CONSORCIO REGIONAL	KAPPA S.A.	30/03/2008	-----	5.529.309.759
LPI N°04/2006 - Reparacion de Establecimientos de Salud y Construcccion de Almacenes de Vacunas					
GRUPO 1 - ÑEEMBUCU Y MISIONES (Humaita, Ita Cora, San Juan, Ybabiýú y Almacén de Vacunas en S. J. Bautista con Cámara transportada de Santaní)	CONSORCIO FILARTIGA - CARDENAS	UCP/BID	12 y 13/06/07	12 y 13/07/07	443.682.728

GRUPO 2 - SAN PEDRO Y CAAGUAZU (Ara Pyahu 01, Ara Pyahu 02, Cororo-í, Jhugua Rey, Puerto Antequera y Almacén de Vacunas en Cnel. Oviedo con Cámara transportada de Concepción)	CONSORCIO FILARTIGA - CARDENAS	UCP/BID	20 y 21/06/07	20/07/2007	375.971.305
GRUPO 3 - CAAGUAZU Y ALTO PARANÁ (J. Eulogio Estigarribia, Vaquería, Nueva Londres y Almacén de Vacunas en Ciudad del Este con Cámara transportada de Hernandarias)	CONSORCIO FILARTIGA - CARDENAS	UCP/BID	15/06/2007	16/07/2007	455.029.015

Fecha: 23 de julio de 2008

Anexo 3

Patologías cubiertas por el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos y estimación de casos esperados en la red del MSPBS anualmente

Fuente: UCP en base a Informes de Morbilidad.Dpto. Bioestadística.M.S.P.B.S.

Patologías	Cantidad de beneficiarios atendidos	
	Niños	Embarazadas
1. Anemia Parásito Nutricional	111.267	19.916
2. Diarrea s/ Deshidratación	44.507	9.958
3. Diarrea Infecciosa	22.253	
4. IRA no Neumonía	133.520	9.958
5. Neumonía Leve	44.507	
6. Parasitosis Intestinal	111.267	
7. Pediculosis	22.253	
8. Escabiosis	44.507	
9. Sífilis	900	996
10. Conjuntivitis del Recién Nacido	76.407	
11. Pre Eclampsia y Eclampsia		9.958
12. Diabetes en Embarazadas		996
13. Hemorragia en embarazadas		19.916
14. Embarazo con Riesgo de Prematurez		9.958
13. Infección Puerperal		9.958
14. TOTAL ANUAL ESPERADO	611.388	91.613
15. TOTAL ALCANZADO EN 2007	567.883	130.122
16. DIFERENCIA (15/14)%	93%	142%

Anexo 4

Personas capacitadas según actividad y año

Fuente. Informes semestrales de progreso presentados al BID

AÑO	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Capacitación a profesionales						1362
AIEPI	625	25				650
Emergencias obstétricas	38	196				234
Manejo del recién nacido, parto normal y de riesgo	75					75
Gerencia de Servicios de Salud	120	47				167
Gerencia de Servicios de Salud Reproductiva	90	40				130
Reanimación neonatal		106				106
Capacitación a no profesionales						591
Manejo del parto para empíricas	450	120				570
AIEPI para promotores voluntarios de salud		21				21
Capacitación para PCSB implementación y seguimiento del PCSB						2445
Guías terapéuticas y manual de procedimientos PCSB			867	565		1432
Cursos para directivos			58	179		237
Cursos cuadros técnicos y administrativos en cont. gestión y sist.inf.			82	33		115
Sensibilización Consejos de Salud.			70	0		70
Supervisión capacitante del PCSB				355	236	591

ANEXO V

PARAGUAY

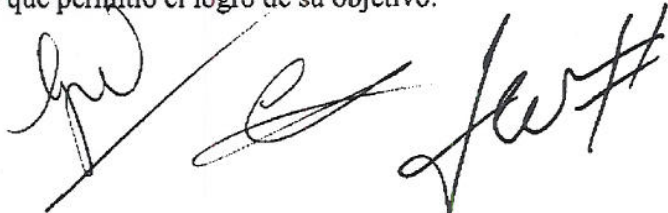
**Programa de Reforma a la Atención Primaria de Salud
Contrato de Préstamo 1006/OC-PR**

**Misión de Administración
21 al 28 de Febrero de 2005**

AYUDA MEMORIA

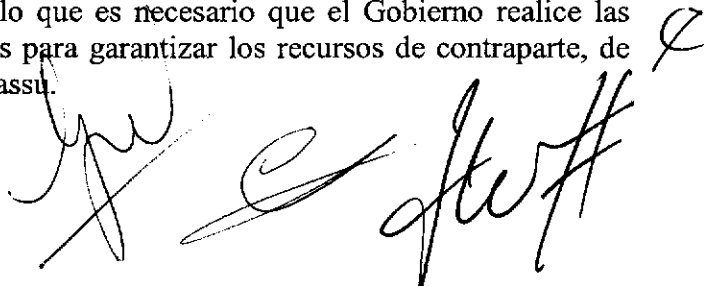
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE LA MISIÓN

1. Del 21 al 28 de Febrero de 2005 se realizó una Misión de Administración del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), integrada por Hugo Flórez-Timorán (RE1/SO1), Federico Tobar (Consultor), María Elena Sánchez (COF/CPR) y Carlo Arze (COF/CPR), quien la presidió, para el Programa de Reforma a la Atención Primaria de Salud (PR-0028). El objetivo específico de la Misión fue asistir al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) en la elaboración de un Plan de Terminación del Programa consensuado, que acompañará una solicitud de prórroga del Programa por parte del Gobierno. Asimismo, se propuso acordar las líneas de acción del Plan Operativo Anual (POA) 2005 y evaluar la capacidad operativa e institucional de la Unidad de Coordinación del Programa (UCP) para ejecutar el plan acordado e identificar acciones de fortalecimiento institucional.
2. Para el cumplimiento de su objetivo, la Misión se reunió con las siguientes autoridades: Dr. Julio César Velázquez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Dra. Wilma Basualdo, Viceministro del MSPBS, Lic. Genara María Duarte, Coordinadora Ejecutiva de la UCP del MSPBS y su equipo de coordinadores de área. También se sostuvieron reuniones con la señora Monserrat Meiro que lidera al Equipo del Banco Mundial encargado del Diseño del Proyecto de Seguro Materno Infantil y representantes de la Unidad Central de Inversiones Públicas del Ministerio de Hacienda.
3. Adicionalmente, el Programa de Trabajo de la Misión incluyó reuniones con el Dr. Jorge Palacios, Director General de Planificación y Evaluación del MSPBS; el Dr. Hugo Arellano, Director General de Programas del MSPBS; el Dr. Silvio Ortega, Director General de Servicios de Salud del MSPBS; y otros miembros del Gabinete del MSPBS. Asimismo, se incluyó una reunión de información y coordinación con la Mesa de Donantes del Sector, conformada por representantes de OPS/OMS, el Banco Mundial, PNUD, UNICEF, UNFPA, USAID, JICA y la Unión Europea.
4. La Misión agradece la excelente disposición y colaboración de las autoridades del MSPBS y de los funcionarios de la UCP, lo que permitió el logro de su objetivo.




RESULTADOS Y ACUERDOS DE LA MISION

5. Como estrategia para dar cumplimiento al objetivo general del Programa, se logró desarrollar y consensuar un Plan de Terminación, para un período de ejecución de 24 meses adicionales. Este Plan apunta al fortalecimiento de la oferta para consolidar de forma inmediata, en todo el territorio nacional, la cobertura y el acceso a un Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB), que permita dar respuesta adecuada a las doce enfermedades prevalentes con mayor peso sobre la morbi-mortalidad del binomio madre-niño (Ver Anexo I). A continuación se detallan los principales acuerdos relacionados al Plan de Terminación:
- Cobertura a Nivel Nacional: A efectos que los resultados del Programa contribuyan a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, se hace necesario ampliar el ámbito de su cobertura a todo el territorio nacional.
 - Gratuidad de las Prestaciones del PCSB: El Programa proveerá a los servicios de salud de los medicamentos, insumos, capacitación de recursos humanos, infraestructura y equipamiento. Con ello se pretende mejorar la capacidad de oferta, en un conjunto de prestaciones básicas con alto impacto sanitario, sobre doce patologías que son causa del más del 50% de las muertes de embarazadas y niños menores de 5 años. A fin de mitigar las barreras de acceso, el MSPBS ha decidido garantizar la gratuidad de dichas prestaciones, lo que haría efectivo a través de una Resolución Ministerial.
 - Terciarización del Almacenamiento y Distribución de Medicamentos: Con el propósito de mejorar la eficiencia y transparencia del manejo logístico de medicamentos, el MSPBS decidió terciarizar en un operador logístico su almacenamiento y distribución. Dicho proceso formará parte del sistema de gestión de medicamentos e insumos del MSPBS, a ser diseñado e implementado en el marco del Programa.
 - Línea de Base: Se acordó apoyar la realización del estudio de relevamiento del funcionamiento y condiciones de la red asistencial, que viene desarrollando el MSPBS con el apoyo del UNFPA y OPS. Dicho estudio será utilizado como línea de base del Programa, considerando que proporcionará información sobre la situación de los servicios de salud en relación a infraestructura y equipamiento disponible, recursos e insumos, capacidad resolutive y referencia y contra-referencia. Esto permitirá disponer de indicadores que servirán de base para el seguimiento y evaluación a nivel de productos del Programa.
 - Articulación de las acciones del Programa al interior del MSPBS: Con el objeto de articular las acciones priorizadas en el Plan de Terminación, el MSPBS se comprometió a constituir a nivel de Gabinete un Comité de Seguimiento a la implementación del Plan de Terminación acordado con el Banco, en el que participará la Directora de la UCP.
6. Asimismo, se logró finalizar el Plan Operativo Anual para el 2005 que prevé la puesta en marcha del PCSB y los lineamientos principales para la programación 2006-2007. En base a ello se identificaron los requerimientos de asignación presupuestaria y se estableció el presupuesto del Plan de Terminación, por lo que es necesario que el Gobierno realice las provisiones presupuestarias correspondientes para garantizar los recursos de contraparte, de modo de asegurar el cumplimiento del paripassu.



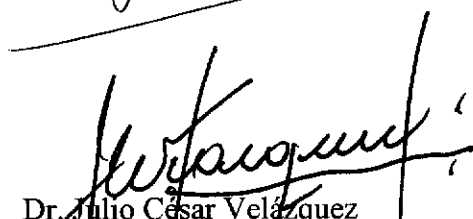
7. La Misión evaluó la capacidad institucional de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) y sobre la base de ello se acordó una nueva estructura organizacional y las áreas de intervención a fortalecer. En ese sentido, se acordó financiar con los recursos del Programa las siguientes consultorías: (i) continuar con los servicios del Consultor Internacional responsable de la elaboración de la propuesta del plan de terminación, a fin de asesorar y apoyar en su implementación; y, (ii) un experto internacional en adquisiciones para que apoye la creación y funcionamiento de una Unidad en esa área. Asimismo, considerando los retos de la programación acordada, el Banco tomará las medidas necesarias para asegurar una respuesta oportuna a las solicitudes de no objeción de los procesos previstos en dicha programación.
8. Considerando que se concluyó la ejecución del Sub-componente "Iniciativa del Profesional Excelente", la Misión destaca la necesidad que el MSPBS realice las gestiones necesarias para asegurar los recursos presupuestales, fuera del marco del Programa, para dotar de profesionales a los servicios del primer nivel. Esta condición es esencial para completar el fortalecimiento de la oferta y así avanzar en la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.
9. Finalmente, se acordó que el Banco realizaría una misión de seguimiento en el tercer trimestre de 2005, con el objeto de revisar los avances del plan operativo y apoyar el proceso de programación del período 2006 – 2007.




Lic. Genara Duarte
Directora de la UCP/BID



Carlo Antonio Arze
Jefe de Misión



Dr. Julio César Velázquez
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social



Alvaro Cubillos
Representante BID

ANEXO I

República de Paraguay
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Banco Interamericano de Desarrollo
Unidad Coordinadora de Programa UCP - BID

Programa de Reformas de la Atención Primaria de la
Salud del Paraguay

Plan de Terminación

Asunción
Febrero de 2005

Contenidos

Resumen Ejecutivo	3
1.1 Situación de Salud	5
1.1.1 Mortalidad Infantil en Paraguay.....	6
1.1.2 Mortalidad Materna en Paraguay	8
1.2 Barreras de acceso	10
1.3 Árbol de problemas.....	14
1.4 Arbol de Objetivos	14
2. Antecedentes	16
2.1 El Programa	16
2.2 Estrategia Sectorial en Salud del Paraguay	17
3.Objetivos del programa.....	21
4. Componentes del Programa	23
PRESTACIONES	23
COLECTIVAS	23
4.1 Evaluación del Plan de Terminación	24
Subcomponente 1.3 Mejoramiento de las Estadística Vitales	25
Subcomponente 2.1 "Desarrollo de los Recursos Humanos"	26
Subcomponente 2.2 Adquisición y Distribución de Medicamentos.	27
Subcomponente 2.3 "Infraestructura y Equipamiento"	27
Subcomponente 2.4 "Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia"	28
Subcomponente 2.5 "Información, Educación y Comunicación"	29
5. Ajustes al Mecanismo de Ejecución del Programa	30
6. Acciones de Fortalecimiento de la UCP.....	31
7. Presupuesto y Cronograma Anual de Ejecucion Financiera.....	32
8. Referencias	33

Programa de Reformas de la Atención Primaria de la Salud del Paraguay

Plan de Terminación

Resumen Ejecutivo

La población de Paraguay enfrenta dificultades en el acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud. Esto repercute en sus condiciones de salud y es reflejado en indicadores básicos de resultados como las Tasas de Mortalidad Materna e Infantil. En ambos casos no sólo se registran valores altos sino que también continua habiendo un subregistro considerable.

Para resolver de forma sustentable estos problemas el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) está trabajando en la implementación del Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil (PNAMI). El mismo apunta a garantizar el acceso de la población objetivo (mujeres en edad fértil y niños hasta los cinco años) a un conjunto de 75 prestaciones básicas. No obstante, el adecuado desarrollo del PNAI requiere de un diseño meticuloso y exige reunir un conjunto de condiciones y de recursos humanos, financieros, institucionales y de infraestructura. El país está tramitando un préstamo con el BIRF para la puesta en marcha de un piloto del PNAI, que se estima pueda ser aprobado en el transcurso del 2005. Por estos motivos debe esperarse que, aun con una rápida implementación, solo a mediano plazo se produzca un impacto sobre la situación de salud de la población.

La programación original del Contrato de Préstamo 1006/OC-PR Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud, con sus componentes y subcomponentes, configura un contexto de oportunidad para dar cumplimiento a los principales prerrequisitos señalados para contribuir a la factibilidad del PNAI. No obstante, como ha sido advertido por las diferentes misiones de administración del programa y la cartera del BID, es necesario realizar ajustes operativos en la programación de acciones de dicho préstamo así como en su Reglamento Operativo.

Para avanzar de forma inmediata y eficiente en la mejora del acceso a los servicios de APS y en la reducción de la Morbimortalidad Materno Infantil, el MSPBS, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, elaboró el

presente Plan de Terminación buscando alternativas de ajuste que permitan a la vez:

1. Lograr una respuesta rápida, equitativa y de alto impacto sanitario y redistributivo para las dificultades de acceso a los servicios.
2. Respetar los objetivos originales del Contrato de Préstamo 1006/OC-PR, tales como: a) Mejorar el acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud, b) Reducir la morbilidad y mortalidad en el segmento materno – Infantil y c) Mejorar el sistema de nacional de información en salud.
3. Apoyar, fortalecer y acelerar la implementación del PNAMI.

El Plan de Terminación del Programa apunta al fortalecimiento de la oferta para consolidar de forma inmediata, en todo el territorio nacional, la cobertura y el acceso a un Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) que permita dar respuesta adecuada a doce enfermedades prevalentes del binomio madre-niño con mayor peso sobre su morbilidad y mortalidad.

A través de este PCSB de la embarazada y el recién nacido se organizará el modelo de atención estableciendo responsabilidades de los servicios médicos en cada nivel. Asimismo, se incorporarán incentivos y controles para que cada actor cumpla con dichas responsabilidades, garantizando el adecuado cumplimiento del PCSB.

Estos incentivos consisten en que, por un lado, los servicios médicos serían organizados en red, equipados, abastecidos de insumos y capacitados en servicio para dar cumplimiento al PCSB. Por otro lado, las mujeres serán sensibilizadas, capacitadas y recibirán no solo los cuidados y controles adecuados para ellas y sus hijos, sino también los medicamentos esenciales para completar los tratamientos necesarios.

A efectos de simplificar la ejecución del programa, el Plan de Terminación contempla reorganizar y Centrar sus actividades en los siguientes componentes:

Componente 1 Modernización de la Estructura Organización del Sector

Subcomponente 3: Mejoramiento de Estadísticas Vitales del Sistema Actual de Registro de Nacimientos y Defunciones Maternas y de menores de 1 año.

Componente 2: Mejoramiento de la Atención Primaria en Salud.

Subcomponente 1: Desarrollo de los Recursos Humanos.

Subcomponente 2: Mejoramiento del Sistema de Adquisición y Distribución de Medicamentos e Insumos.

Subcomponente 3: Rehabilitación de Infraestructura y Equipamiento

Subcomponente 4: Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

Subcomponente 5: Información, Educación y Comunicación.

Al respecto, en la Misión de Administración de noviembre de 2004 se acordó dar por finalizadas las actividades de los subcomponentes de "Fortalecimiento de la Autonomía Regional" e "Iniciativa del Profesional Excelente".

1. Diagnóstico**1.1 Situación de Salud**

El perfil de salud se caracteriza por problemas propios de los países pobres, que coexisten con enfermedades de mayor prevalencia en los países desarrollados. Dentro del perfil epidemiológico sobresalen, sobre todo, las enfermedades prevenibles por vacunación (DPT, Sabin, Antisarampionosa y BCG), las infecto-contagiosas (paludismo, dengue, fiebre amarilla, chagas, Leishmaniasis, lepra, zoonosis, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y SIDA), parasitarias, diarreas, enfermedades respiratorias agudas y la desnutrición.

Las mejoras en la cobertura de inmunizaciones han permitido reducir drásticamente la morbimortalidad por estas causas (Díaz, 1997). En el año 2001 la proporción de niños menores de cinco años con cobertura completa del programa Ampliado de Inmunizaciones alcanzó el 63,9% en el territorio nacional (OPS-MSPyBS, 2003, página 61)

Se suman a estas patologías, progresivamente, cada año, otras enfermedades típicas de sociedades avanzadas en su transición epidemiológica como las cardiopatías, las cerebro-vasculares, tumores, accidentes, violencia, enfermedades crónicas degenerativas y no transmisibles, la diabetes, los trastornos mentales, la drogadicción y el alcoholismo.

La esperanza de vida al nacer ha evolucionado positivamente y para ambos sexos pasando de un promedio de 63 años en 1980 (OPS/OMS 1994) a 69,7 años en lo estimado para el período 1995/2000 (OPS/OMS 1997). A su vez, según los datos del Departamento de Bioestadística del MSPBS, la tasa de mortalidad general experimentó un descenso sostenido de 11,1 a 3,5 por 1000 habitantes entre 1960 y 1992. Según publicación de OPS/OMS y MSPBS sobre indicadores de mortalidad en 1992, la tasa bruta de mortalidad para ese año es de 6,38 por mil habitantes. En un informe contratado por el Préstamo se afirma que entre 1990 y 1995 se produce un punto de inflexión en la evolución demográfica del país, a partir de la cual, la tendencia decreciente de la mortalidad se acompaña de la disminución de la natalidad con lo cual comienza a reducirse la brecha que separa a Paraguay del resto de América Latina (Díaz, 1997).

En 1995, según el Consejo Nacional de Salud las principales causas de muerte fueron enfermedades del aparato circulatorio 34,5% (5.537 defunciones), tumores 12% (1930 defunciones), causas externas 12% (1925 defunciones) y enfermedades transmisibles 11,4%(1830 defunciones).

1.1.1 Mortalidad Infantil en Paraguay

Entre los indicadores que han registrado una tendencia más favorable en las últimas décadas se destaca la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), la cual pasó de 73 por mil nacidos vivos en los setenta a 53 en el inicio de los ochenta y a 43,3 por mil en 1992 (Díaz, 1997).

La variación de la TMI resulta sensible para medir el progreso social de un país. Por ese motivo ha adquirido fuerte protagonismo en los planes de política social y sanitaria al convertirse en la principal meta a ser conquistada. Un ejemplo concreto de este uso fue asumido por la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (CMFI), que en 1990 fijó una serie de metas para los países de las Naciones Unidas. Entre éstas se incluía la reducción para el año 2000 a un tercio de la cifra que registraba cada país en 1990. Una evaluación del cumplimiento de estas metas reveló que si bien todos redujeron su tasa, la mayoría no alcanzó la meta propuesta (IPES, 2003). La citada evaluación distinguió tres grupos de países según sus logros específicos y su comportamiento con respecto al promedio regional. Paraguay fue incluido en el grupo de los que presentaron peor desempeño, aquellos que quedaron debajo del promedio regional y no alcanzaron la meta.

En conclusión, aún cuando la evolución de la TMI haya sido positiva en Paraguay, la misma resultó insuficiente cuando se observa esta dinámica en perspectiva regional. Un documento oficial reconoce esta situación al afirmar que la Tasa de Mortalidad Infantil en Paraguay... "ha experimentado un progresivo enlentecimiento de su curva descendente, esta meseta se debe a la persistencia de los factores determinantes o causales de muertes perinatales y neonatales". Y concluye que... "El análisis de los servicios de salud del sector público muestra que la cobertura es inferior a lo esperado, la atención que brindan es deficiente y la calidad de los registros no permiten conocer con certeza el impacto de la labor realizada" (Paraguay, 2004^a).

Sin embargo, estos datos deben ser considerados con precaución debido al **fuerte subregistro**. Según cifras estimadas por la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones internacionales, el subregistro de defunciones fue aproximadamente del 45,2% en 1981, el

cual aumentó a 48,27% para 1989, y a 50% para 1990. El Consejo Nacional de Salud Paraguayo estimó en 1998, que para 1995 el subregistro fue del 38%. Un documento oficial reconoce que el sub registro estimado, en las defunciones supera el 38% y en los nacimientos el 51% (Paraguay, 2004^a). Aunque ambos presentan diferencias importantes entre las Regiones del país.

Una fuente de información que reduce el problema del subregistro es el Censo Nacional de Población y Vivienda llevado a cabo en 2002, según el cual de cada mil nacidos vivos 40,2 mueren antes de completar el primer año de vida¹. Según los datos estimados por la Organización Panamericana de la Salud para ese año solo Haití, Guyana y Guatemala presentaban tasas de mortalidad infantil superiores. Pero, además, en regiones de alta vulnerabilidad como Alto Paraguay esta tasa alcanza 85,41‰ e incluso asciende a 93,34‰ cuando se considera solo a los varones.

La diferencia entre los datos provenientes del sistema de estadísticas vitales (que incluyen un fuerte subregistro) y los que se obtienen del Censo de población resulta fundamental en la hora de identificar las acciones de política adecuadas. Los estudios internacionales permitieron detectar que aún entre quienes avanzan en la reducción de su TMI, no todos lo hacen al mismo ritmo (IPES, 2003; OPS, 2001; Wagstaff, 2000). Es razonable suponer que esto se debe en parte a la situación inicial de cada país. Conseguir la reducción de la tasa a un tercio era más difícil para aquellos que ya en 1990 presentaban tasas bajas. Esos países enfrentan una "fase dura", es decir sus esfuerzos para reducir la TMI presentaban rendimientos decrecientes requiriendo de acciones intersectoriales bien articuladas. En contraposición, se registra una mayor facilidad para reducir las tasas cuando éstas son inicialmente elevadas. Los países que se encuentran en esa situación enfrentan lo que se puede denominar como **fase blanda**, aquella donde las conquistas son relativamente más fáciles, involucran rendimientos crecientes y requieren de acciones de menor complejidad.

En efecto, cuando en lugar de hacer un corte temporal, se desagrega la TMI según sus causas se verifica que la mayoría de las mismas son

¹ Existe una fuerte disparidad en las cifras de mortalidad infantil según las fuentes consultadas. En una publicación conjunta del MSPBS y la OPS/OMS sobre indicadores de Mortalidad en 1992, existen dos cifras para la mortalidad infantil: 47,04 por mil nacidos vivos, obtenida del boletín demográfico N°48 del CELADE, Chile, 1991; y 21,37 por mil nacidos vivos, obtenida por el Dpto. de Estadísticas de Salud e información del citado ministerio. A su vez, el MSPBS, en su plan operativo 1992, reconoce que la mortalidad infantil se halla dentro del rango de 24 a 34 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil registrada para el año 1990, fue de 34 por 1000 nacidos vivos. Lo que hace suponer que la cifra inferior de 24 por 1000 nacidos vivos no refleja la situación real. (Flecha y otros, 1997).

neonatales y evitables. Así de 1.681 defunciones registradas por el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales en 2003, unas 379 (el 22, 5%) eran atribuidas a lesiones del parto. Este valor es coherente con la alta proporción de partos no institucionales (27,3%). En segundo lugar, se encuentran las infecciones del recién nacido que generaron 271 defunciones (16,1%). De hecho si, junto a estas dos causas, se consideran otras como neumonías e Influenza (135 defunciones), Diarreas (94 defunciones), Anemias (35 defunciones) y Tétanos (3 defunciones); se podría inferir que más de la mitad de las muertes serían evitables a través de intervenciones de bajo costo.

En conclusión, aún cuando la TMI parece haber registrado una caída notable en las últimas décadas, la curva ha tendido a acostarse reduciendo su ritmo de progreso y continua representando una prioridad sanitaria fundamental para el país.

1.1.2 Mortalidad Materna en Paraguay

En el caso de la mortalidad materna Paraguay continúa situado entre los tres países con los peores resultados de la región, siendo superado solo por Bolivia en Sudamérica. Pero peor aún que esto es que este indicador no registra una tendencia decreciente como la TMI sino un crecimiento sostenido durante la última década.

La mortalidad materna registrada en Paraguay en 2003 fue 205,5 por cien mil y registra seis años consecutivos de crecimiento. En la región de América Latina se registran alrededor de 23.000 muertes maternas al año, lo cual representa una razón de 190 por cada 100.000 nacidos vivos.

En el país la TMM no sólo se ha duplicado sino que registra altísimas inequidades, yendo desde un valor mínimo de 48,9 a 519,9 según departamento y registrando los peores valores entre la población indígena, rural y pobre. En la población de mujeres en edad fértil, el cáncer ginecológico y las patologías vinculadas al embarazo, parto y puerperio (aborto, hemorragia, infección, toxemia) representan las principales causas de morbi-mortalidad y se estima que las ETS presentan una tendencia ascendente.

Durante el 2003 fueron registradas por el Sistema de Estadística Vitales de Paraguay un total de 113 muertes maternas, de ellas 22 correspondieron a toxemias, 23 a hemorragias, 10 a Sepsis y 31 a otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Todas estas causas son evitables, de modo que hay evidencia empírica como para esperar que un mejor acceso a los servicios y cuidados básicos y oportunos repercutan a mediano plazo sobre la morbi-mortalidad materna.

Por otro lado, las muertes son solo la punta visible del iceberg, se estima que por cada muerte hay 135 enfermedades que pueden causar problemas de salud crónicos luego del embarazo y parto, como prolapso uterino, fístulas, incontinencia y dolor durante la actividad sexual (Rodríguez, 2004: 5).

La reducción de la TMM ha sido asumida como un compromiso interagencial que promueve iniciativas como la Maternidad Sin Riesgos y los Objetivos del Milenio. En concreto el quinto objetivo de Desarrollo del Milenio se centra en el mejoramiento de la salud materna, mediante la reducción de la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 (OPS, 2003)². Las medidas que este grupo, del cual el BID es parte, decidió implementar son:

1. Apoyar los marcos legales e institucionales necesarios para aplicar medidas a escala local y nacional.
2. Definir un conjunto integral de medidas necesarias para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié en los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), la atención calificada del parto y el acceso a la planificación de la familia.
3. Aumentar la demanda pública de servicios de salud de alta calidad asequibles y accesibles y desarrollar la capacidad de las comunidades para tener acceso a estos servicios.
4. Crear asociaciones y alianzas entre los organismos en los planos nacional e internacional.
5. Establecer sistemas de monitoreo de la reducción de la mortalidad materna y mecanismos financieros para lograr la eficacia en función de los costos y la sostenibilidad.

En conclusión, para la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna, Paraguay se encuentra en una fase de evolución de su transición epidemiológica y demográfica que registra **metas blandas**. Aunque ambos indicadores no han registrado la misma curva evolutiva durante los últimos años, puede concluirse que en los dos casos los principales motivos de defunción obedecen a causas evitables. Es decir, hay disponibles y claramente identificadas intervenciones que permitirían obtener logros significativos sobre ellas y las mismas presentan rendimientos crecientes a escala. Por tanto, la implementación del Programa de Reformas de la

² Considerando los valores oficiales esto involucraría llegar a 2015 con una TMM del orden de 37,5 por cien mil nacidos vivos (valor similar al de Argentina). Pero como desde el 90 al 2003 la TMM registró en el país una expansión de 182%, para alcanzar el ODM 5 Paraguay deberá obtener una reducción de 168 puntos en su TMM. Esto significaría unas 1374 muertes anuales menos que las registradas en 2003.

Atención Primaria de la Salud (1006/OC-PR) configura un contexto de oportunidad para contribuir en ese sentido.

1.2 Barreras de acceso

Paraguay presenta un alto grado de exclusión en salud. Según datos de la Encuesta Integrada de los Hogares 200/2001 (EIH), en promedio, el 38,6% de la población enferma o accidentada (con dolencias no leves) no consulta (58% en el quintil inferior contra 17% en el superior). Cuando se desagrega esta cuestión por factores o barreras se puede concluir que en primer lugar se encuentran las barreras culturales, en segundo las económicas y en tercero las geográficas.

- Por **barreras culturales**. La primera barrera es la subutilización por cuestiones culturales. La EIH registra que el 56,1% de las personas que estando enfermos (no leves) no consultan porque prefieren hacerlo en curanderos o automedicarse. Sin embargo, estas barreras guardan poca relación con el analfabetismo. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2002 solo el 8,4% de la población es analfabeta, aunque la proporción se incrementa en mujeres (9,8%) y en las áreas rurales (12,9%). Cuando se desagregan los datos de aquellos que estando enfermos y teniendo acceso geográfico no consultaron, se verifica que la subutilización es mucho mayor en el primer quintil de ingresos y en el interior³. Otra barrera relevante es la idiomática, por ejemplo, aunque para el conjunto de la población el 27,3% de los partos no son institucionales, para los que hablan predominantemente Guaraní la proporción sube al 42,2%.
- Por **barreras económicas**. El 33,2% de las personas que estando enfermos (no leves) no consultan lo hicieron por incapacidad de pagar el costo de las prestaciones.
- Por **barreras geográficas**. El 6,9% de las personas (alrededor de 46 mil) estando enfermos (no leves) no consultan porque los servicios están a mas de 30 minutos de distancia en transporte público en áreas urbanas y 2 horas en áreas rurales.

El MSPBSI junto a la OPS realizaron un estudio sobre la exclusión en salud con base en la EIH y siguiendo el enfoque formulado por Hamilton et. Al. (1999)⁴ que promueven OPS y OIT.

³ “El 69,1% de la población que estuvo enferma o accidentada en Asunción hace algún tipo de consulta, a diferencia de la población que vive en el área rural que solo lo hace en un 36,9%. Por estratos de ingresos se comprueba que el porcentaje de la población del estrato alto (quintil 5) que estuvo enferma o accidentada es dos veces mayor que el porcentaje de la población del estrato más pobre (quintil 1) (OPS – MSPyBS; 2003:página 41).

⁴ Hamilton y colaboradores desarrollan tres métodos alternativos para medir exclusión social en salud y los aplican a todos los países de América Latina y el Caribe. Estos enfoques toman como ejes la cobertura, la accesibilidad y la estructura, procesos y resultados; son representados en un conjunto de variables que permiten medir el

Entre los indicadores se consideró también...

- a) Proporción de partos institucionales: Que fue de 72,6% en el período considerado.
- b) Brecha en la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Según la cual el 15,4% de los niños menores a cinco años abandonaron el programa sin obtener la plena cobertura de vacunación (esto es 114.617 niños).
- c) Proporción de embarazadas sin controles adecuados del embarazo: Considerando adecuados 5 controles durante todo el embarazo, se concluyó que 35,7% de las mujeres no alcanzaron ese nivel de control. Por otro lado, un poco menos del 10% del total de mujeres embarazadas no recibieron atención prenatal. Con relación a la atención del parto, se observa que el 37% de los nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes al ENDES-90 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), fueron recibidos por personal médico, el 29% por personal paramédico (enfermeras y obstetras) y otro 29% fue atendido por parteras empíricas.
- d) Proporción de población que no cuenta con agua potable/alcantarillado: 45,5% se abastece de agua no potable y 42,1% no dispone de una servicio de tratamiento de excretas.
- e) Razón de médicos cada diez mil habitantes: 4,0 en el promedio nacional, escondiendo grandes diferencias ya que mientras la razón llega a 19,5 en Asunción, desciende a 2 en el resto del país.
- f) Camas hospitalarias cada diez mil habitantes: 6,7 representando también grandes diferencias ya que el número se eleva a 20,9 en Asunción contra 5 en el resto del país.
- g) Porcentaje de cobertura de seguros de salud: El 81,1% de la población paraguaya no tiene cobertura del Instituto de Previsión Social ni ningún otro seguro médico mutual o privado. La cifra se eleva al 96,7% en el estratos de ingresos inferiores (primer quintil) para ir decreciendo hasta llegar a un 54,35 en el 20% de la población más rica del país (ver cuadro 4). De forma similar, la cobertura de seguros médicos está concentrada en Asunción, donde el 49,3% de la población cuenta con cobertura, para caer a una media de 7,4% en la población rural.

En Paraguay hay aún servicios públicos de salud arancelados. Esto introduce una barrera de acceso a los servicios esenciales para los sectores

volumen de población excluida: la Población sin Cobertura de seguros de salud (cobertura); la accesibilidad financiera, geográfica y cultural; Déficit Oferta servicios médicos totales y de camas (estructura); porcentaje de Partos no realizados por personal capacitado y deserción entre vacunas antes del primer año (procesos); Brecha de tasa de mortalidad en lactantes, en menores de 5 años y de Mortalidad Materna (resultados).

de menores ingresos. Según la EIH 2001, de la totalidad de quienes consultan en la red pública solo el 17,9% pertenece al primer quintil de ingresos, contra 26,8% del tercer quintil. Por otro lado, el 16% de los que consultan a servicios privados pertenece al primer quintil de ingresos. Se puede inferir que para las personas más pobres del país los servicios públicos resultan apenas más accesibles que los privados.

Cuadro 4.

Paraguay. Población enferma o accidentada que consultó a los diferentes tipos de servicio, según quintiles de ingreso. Servicios seleccionados. Año 2000/01

Quintil	Centros de Salud	Puestos de salud	Curanderos	Otros servicios (públicos, del IPS y privados)	TOTAL
Primero (20% más pobre)	23,1 %	8,0 %	27,8 %	41,1 %	100,0 %
Segundo	24,4 %	5,7 %	13,6 %	56,3 %	100,0 %
Tercero	20,6 %	3,0 %	6,2 %	70,2 %	100,0 %
Cuarto	18,9 %	1,9 %	5,0 %	74,2 %	100,0 %
Quinto (20% más rico)	6,3 %	0,9 %	3,0 %	89,8 %	100,0 %
TOTAL	17,9 %	3,5 %	9,7 %	68,9 %	100,0 %

Fuente: EIH 200/01

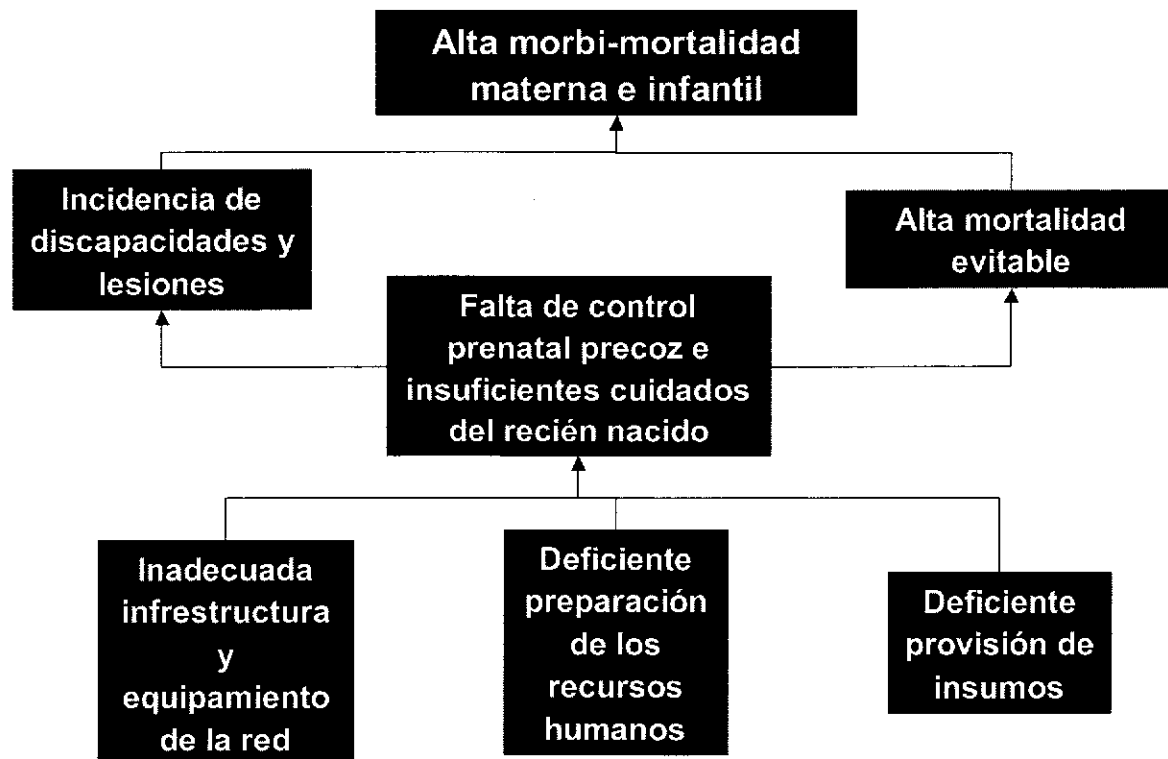
La población más pobre (primer quintil de ingresos) recurre más a cuidados de su salud por fuera de la red sanitaria que dentro de ella. En efecto, como se observa en el cuadro 4, el 27,8 % consulta a curanderos contra un 23,1% que manifiesta consultar en centros de salud y un 8% que lo hace en puestos de salud. Los aranceles de las prestaciones junto a otras barreras de acceso, como las culturales, reprimen la demanda de los sectores más vulnerables sobre el primer nivel de atención en la red pública. En los quintiles superiores la baja utilización de servicios públicos no responde a estas barreras de acceso sino a su mayor cobertura por sistemas de seguro (IPS y privados), así como a su capacidad de acceso a la red privada.

El gasto de los hogares en medicamentos es muy alto, representa en promedio el 2,4% del gasto total de los hogares y el 47,5% de su gasto en salud. Aunque para la población más pobre (primer quintil de ingresos) representa el 54,5% de su gasto en salud.

En síntesis, existe en Paraguay un conjunto de desafíos a ser superados para mejorar la inclusión en salud. Por un lado, hay aún dificultades de

acceso a los servicios básicos y en particular a los cuidados obstétricos y pediátricos de primer nivel que pueden ser atribuidos a limitaciones en la oferta de los mismos (en primer lugar por el cobro y en segundo lugar por la inadecuada distribución). Pero por otro lado, hay barreras culturales que establecen una pauta de subutilización, en particular de aquella de menores ingresos, que habita en áreas rurales y que tiene como primera lengua el Guaraní.

1.3 Árbol de problemas



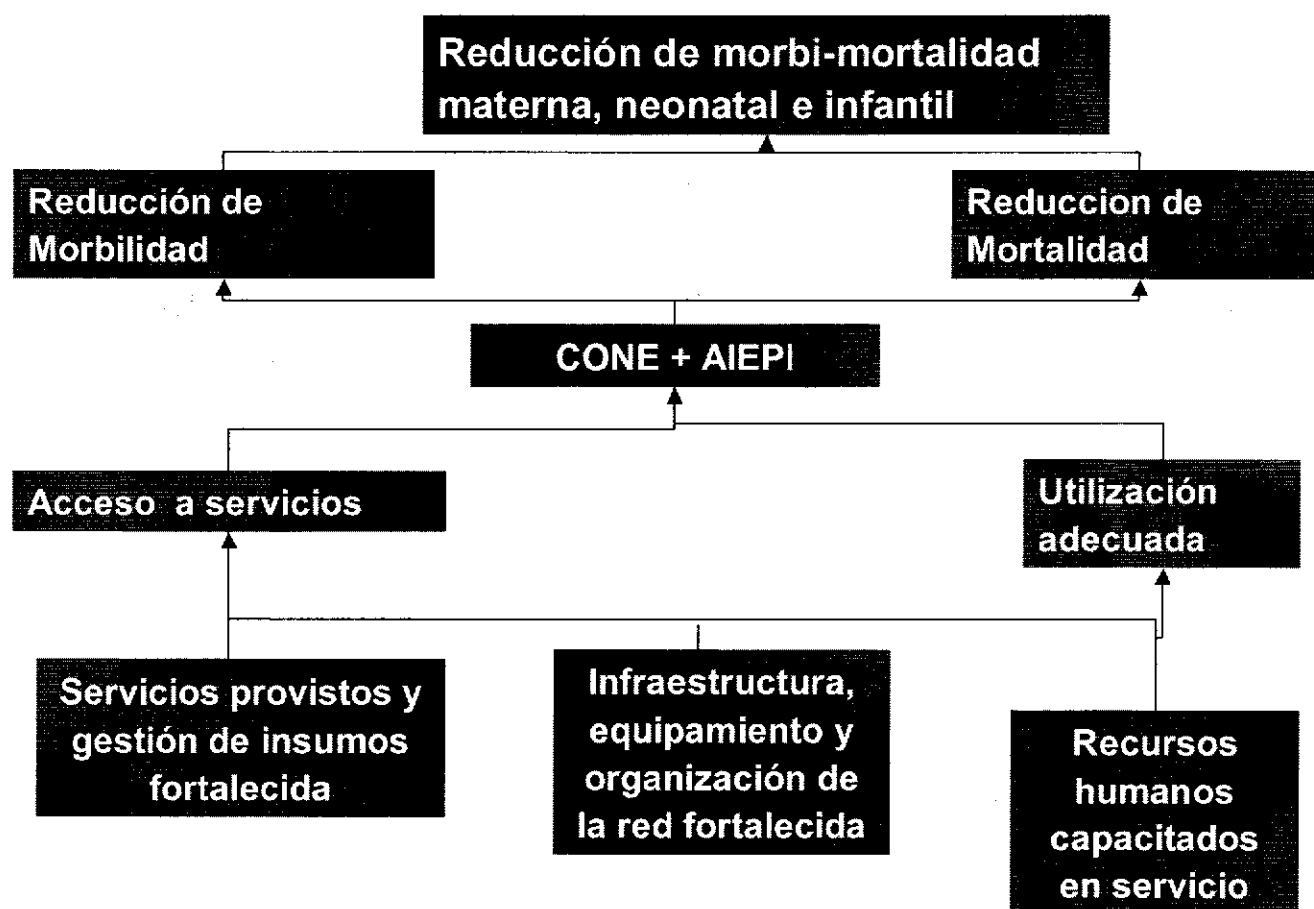
1.4 Arbol de Objetivos

La presente propuesta de intervención se apoya sobre dos hipótesis. La primera es que en la salud materno infantil se puede establecer una curva de Pareto de las causas. Básicamente se sostiene que 4 patologías de la madres (Toxemia, Hemorragia, Sepsis y Eclampsia) son responsables de alrededor del 50% de las muertes maternas en Paraguay, y, de forma análoga, que seis patologías infantiles (Lesiones del parto, Infecciones, Diarreas, Neumonías, Anemia y Tétanos) son responsables de más del 50% de las muertes de menores de un año (fundamentalmente de la mortalidad neonatal). Por lo tanto, fortaleciendo el acceso en todo el territorio nacional a unas pocas prestaciones alrededor de 17 que permiten dar tratamiento adecuado a tales patologías, se podría lograr impacto sanitario.

La segunda hipótesis es que hacen disponibles insumos estratégicos introduce un fuerte incentivo tanto a los centros, para aumentar su producción, como a la madres, para asumir una actitud más activa en el control de su salud y la de sus hijos.

En el mediano plazo, cuando esté en vigencia, el PNAMI cubrirá estas patologías. Pero éste primero funcionará solo en un piloto de dos

departamentos. Por lo cual no tendría el mismo impacto sobre los indicadores epidemiológicos. Por otro lado, la ventaja de una estrategia centrada en fortalecer la oferta sobre la idea eje del PNAMI que está centrada en el subsidio a la demanda, es que este último reviste costos de aprendizaje por parte de los servicios locales hasta que el incentivo que involucra financiar la demanda se revierta en mejoras sobre la oferta de servicios. En otros términos, es muy probable que incorporando un pago virtual por prestación a mediano y largo plazo los servicios se vuelvan más eficientes y eficaces (por ejemplo, comprando mejor sus insumos y aumentando su productividad). Sin embargo, sabemos que con la disponibilidad insumos de forma inmediata, los centros tienen mejores condiciones para operar, incrementan su resolutivez, su calidad y el acceso a corto plazo.



2. Antecedentes

2.1 El Programa

El Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud (Contrato de Préstamo 1006/OC-PR) fue aprobado en Mayo de 1997 y ratificado por el Congreso Nacional en Julio de 1998 y declarado elegible para desembolsos en febrero de 1999. Desde entonces ha registrado una muy baja capacidad de ejecución (alcanzando un promedio de US\$ 3 millones por año). A esto se suma un conjunto de sucesivas alteraciones al marco lógico original que configuran resultados de bajo impacto en la resolución de las situaciones problema identificadas en la formulación original del programa, tales como el subregistro a nivel de las estadísticas vitales. En parte, tales desvíos y dificultades responden a la falta de consenso político para implantar el proceso de descentralización de la salud y los sucesivos cambios coyunturales en la política. Por otro lado, también responde a debilidades en las capacidades institucionales en la Unidad de Coordinación del Programa (UCP) y el Ministerio para la efectiva implementación del programa.

En estas circunstancias misiones anteriores evaluaron la pertinencia de las alternativas de cancelar el programa con la consecuente devolución de parte del préstamo (BID, 2004a), o de su adecuación al nuevo contexto político y sanitario (BID, 2004 b). Los avances recientes en la conducción de la política sectorial, así como, una mejoría en la capacidad de ejecución de la UCP consolidaron un contexto de oportunidad en el cual se decidió optar por el ajuste del programa.

Frente a esa situación se planteó la necesidad de revisar el Programa, con el propósito de establecer su vigencia con la Estrategia Sectorial del país y, de ser necesario proponer los ajustes pertinentes a efectos que, mediante una visión programática, se complemente con el resto de intervenciones financiadas por el Gobierno y la cooperación internacional, y de esa forma estimar la factibilidad, justificación técnica y lapso de una nueva prórroga de la operación.

Originalmente el Programa de Reformas de la APS ha sido estructurado en dos grandes componentes: I. Modernización de la Estructura Organizacional del Sector y el componente II. Fortalecimiento de la APS

En el ayuda memoria de la Misión de administración realizada en noviembre de 2004 se concluyó que tanto el diagnóstico como los componentes originales

continúan siendo adecuados. Sin embargo, se asumió que el programa debería orientarse al fortalecimiento institucional de todo el Sistema Nacional de Salud y en particular la adecuación de la red de servicios para garantizar condiciones de funcionamiento del Seguro de Salud Materno Infantil. Para ello se planteaban actividades para dar por concluido el Componente 1 y centrar los esfuerzos en la reformulación del componente "Mejoramiento de la Atención Primaria en Salud", a efectos que los ajustes enfatizen actividades que generen condiciones de factibilidad, viabilidad y sustentabilidad de la política de salud del país y en particular del PNAMI.

En este sentido y a efectos de simplificar la ejecución del programa, el Plan de Terminación contempla reorganizar y centrar sus actividades los siguientes componentes:

Componente 1 Modernización de la Estructura Organización del Sector.

Subcomponente 3: Mejoramiento de Estadísticas Vitales del Sistema Actual de Registro de Nacimientos y Defunciones Maternas y de menores de 1 año.

Componente 2: Mejoramiento de la Atención Primaria en Salud.

Subcomponente 1: Desarrollo de los Recursos Humanos.

Subcomponente 2: Mejoramiento del Sistema de Adquisición y Distribución de Medicamentos e Insumos.

Subcomponente 3: Rehabilitación de Infraestructura y Equipamiento

Subcomponente 4: Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

Subcomponente 5: Información, Educación y Comunicación.

En la Misión de Administración de noviembre de 2004 se acordó dar por finalizadas las actividades de los subcomponentes de "Fortalecimiento de la Autonomía Regional" e "Iniciativa del Profesional Excelente".

2.2 Estrategia Sectorial en Salud del Paraguay

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) elaboró y publicó en el año 2003 la "Política Nacional de Salud del Gobierno Nicanor Duarte Frutos 2003-2008", asumiendo el objetivo general de "extender la protección social en salud en la búsqueda de la equidad" y como primer objetivo específico "disminuir la morbilidad materno infantil".

En el documento titulado "Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social", presentada y publicada en septiembre del 2004 por el Gobierno Paraguayo, se establece como parte del eje estratégico de intervención "Generación de Oportunidades", orientado a promover el acceso igualitario a las necesidades básicas de los pobres, el componente "La vida

saludable" que prioriza la atención materno infantil y la instalación de mecanismos de prevención de la morbilidad evitable.

Otra prioridad, asumida por el gobierno del Paraguay es la reducción del gasto de bolsillo en salud con un enfoque de equidad y en un marco descentralizado. Con este fin, el MSPBS a través de sus diferentes Direcciones Generales y un Equipo Técnico de la dirección de planificación, diseñó una propuesta para el desarrollo e implementación de un esquema de aseguramiento materno infantil. El Ministerio ha solicitado al BIRF apoyo técnico y financiero para el diseño e implementación en fases del PNAMI.

En conclusión y de forma consistente con estas definiciones de política, el MSPBS ha definido que la estrategia del Gobierno debe basarse en la implementación de acciones que faciliten el acceso a los servicios y disminuyan las enfermedades y muertes de madres y niños. El primer paso en ese sentido se registró durante 2004 a través de la distribución de insumos sanitarios para facilitar el acceso bajo el nombre de Kit de partos, además el MSPBS reglamentó la gratuidad de las consultas para embarazadas. Por último, para consolidar este esfuerzo fue formulado el Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil (PNAMI).

El PNAMI busca garantizar, para las mujeres en edad fértil y los niños hasta los cinco años de edad, la cobertura de un Conjunto Garantizado de Prestaciones (CGP) a ser brindados a la población objetivo a través de los servicios públicos de salud. La selección de dicho elenco de prestaciones reviste carácter estratégico para avanzar en el compromiso de los Objetivos del Milenio. En particular del objetivo 4 (disminuir la mortalidad infantil) y del objetivo 5 (mejorar la salud materna). Las metas asumidas en ese marco son disminuir la mortalidad de menores de 5 años en dos tercios y reducir la mortalidad materna en dos cuartos.

La población objetivo del PNAMI son 770.493 niños menores de cinco años y 2.566.033 mujeres en edad fértil. Sin embargo, el Equipo Técnico del Ministerio y el BIRF desarrolló una propuesta metodología para elegir las regiones sanitarias a ser priorizadas en una experiencia piloto utilizando un índice compuesto de exclusión (Paraguay, 2004b). A través del mismo resultaron elegibles nueve regiones sanitarias que involucran a 984.782 mujeres (el 38% del total en edad fértil del país) y a 334.173 niños menores de cinco años (el 43% del total en del país). Ambos grupos, a su vez representan el 23% de la población de Paraguay según el Censo de 2002. No obstante, para su implementación inicial el PNAMI será incorporado a través de una experiencia piloto en dos departamentos.

Para alcanzar sus objetivos los esfuerzos del PNAMI se centrarán en incorporar un contexto de incentivos económicos y financiamiento de la demanda para

que la red de servicios del MSPBS brinde las prestaciones del CGP a la población destinataria. La red está conformada por Puestos de salud, Centros de salud, Hospitales Regionales y Hospitales Nacionales. Por lo tanto, para garantizar las condiciones de acceso y la distribución equitativa de la oferta será necesario implementar esfuerzos para equiparar la red en infraestructura y recursos humanos. El MSPBS previó la implementación de "Equipos de puesta en marcha" para la implementación del PNAMI.

En conclusión, el Gobierno del Paraguay y su Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social han definido claramente sus prioridades sanitarias, formulado objetivos y metas e identificado rumbos de acción para alcanzarlos. Se puede afirmar que hasta el año 2003 la Política de Salud no había conseguido avanzar en el sentido del Sistema Nacional de Salud propuesto en Ley 1032 y en particular en uno de sus principios básicos que es la descentralización de las acciones otorgando mayor autonomía a las regiones sanitarias. Sin embargo, las acciones desplegadas en los dos últimos años marcan una línea de desarrollo que podría permitir retomar progresivamente la dirección de las reformas. El PNAMI hace una clara opción por alcanzar sus objetivos a través del financiamiento de la demanda y de una estrategia de focalización por selección de unidades territoriales (regiones que presentan los mayores niveles de exclusión) pero combinada con una estrategia de focalización por segmento de población (materno infantil) para buscar finalmente alcanzar la universalidad tanto a nivel de las unidades territoriales como de los segmentos poblacionales.

La factibilidad del PNAMI y su capacidad para constituir el carro guía de la transformación del sistema de salud del Paraguay presentan un conjunto de prerequisites. Entre ellos, el fortalecimiento de la oferta en lo que respecta al reacondicionamiento de la infraestructura, los recursos humanos, los insumos (en particular medicamentos esenciales), el sistema de información, el esquema de referencia y contrarreferencia para un adecuado funcionamiento en red

Por otro lado, en el año 2004 el MSPBS inició acciones de fortalecimiento de la oferta buscando eliminar barreras de acceso a prestaciones estratégicas. La primera de ellas consistió en la adquisición y distribución a los servicios de un kit de partos, que contiene los insumos indispensables para atender el procedimiento correspondiente. Aunque los partos continúan siendo arancelados en los servicios públicos (con una tarifa de 77.000 Guaraníes el parto normal y de 150.000 Guaraníes el parto por cesárea), el efecto de la disponibilidad de insumos incentivó un aumento de la productividad y consecuentemente de la cobertura. Según las cifras oficiales en el 2003 se atendieron alrededor de 73 mil partos en la red pública y se prevé que en

2005 serán necesarios alrededor de 88 mil kits para abastecer las atenciones de partos.

Dado que las lesiones del parto constituyen la primer causa de muerte infantil y que, como fue señalado, el país registraba en 2003 alrededor de un 17,35% de partos no atendidos por instituciones del sistema de salud, esta iniciativa de distribución de kits de insumos para la atención del parto reviste carácter estratégico a la luz de los objetivos del programa. El MSPBS y el BID acordaron buscar los caminos para consolidar esta prestación expandiendo su cobertura y fortaleciendo su eficacia (a través de la normatización y de la capacitación para la atención) y garantizando la eficiencia de su distribución (incorporando un sistema de gestión de suministros con controles adecuados).

Por otro lado, el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ha manifestado su compromiso en avanzar con la provisión de insumos y en disponer la gratuidad de las prestaciones. En particular de aquellas que representan una mayor relevancia sobre la morbilidad materna, neonatal e infantil. Para ello se ha avanzado a través de la Resolución S.G. Nro 19 del 25 de enero de 2005 que dispone la liberación de aranceles en pediatría.

3.Objetivos del Programa

Como estrategia para dar cumplimiento al objetivo general del programa de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, el Plan de Terminación apunta al fortalecimiento de la oferta para consolidar de forma inmediata en todo el territorio nacional la cobertura y el acceso a un Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB), que permitan dar respuesta adecuada a doce enfermedades prevalentes del binomio madre-niño con mayor peso sobre su morbi-mortalidad.

A través de este PCSB (para la embarazada, el recién nacido y los menores de cinco años), se organizará el modelo de atención estableciendo responsabilidades de los servicios médicos en cada nivel. Asimismo, se incorporarán incentivos y controles para que cada actor cumpla con dichas responsabilidades, garantizando el adecuado cumplimiento del PCSB.

Estos incentivos consisten en que, por un lado, los servicios médicos serían organizados en red, equipados, abastecidos de insumos y capacitados en servicio para dar cumplimiento a dicho Programa. Por otro lado, las mujeres serán sensibilizadas, capacitadas y recibirán no solo los cuidados y controles adecuados para ellas y sus hijos sino también los medicamentos esenciales para completar los tratamientos necesarios.

Las enfermedades prevalentes que han sido priorizadas y para las cuales se implementará un Programa de Cuidados Médicos apropiado son listadas en el cuadro 5. También se incluye una estimación de la demanda atendida anualmente en la red de servicios del MSPBS que puede ser considerada como el piso de prestaciones a ser cubiertas por el Programa. Es preciso destacar que la propia acción de las propuestas expandiría el volumen de prestaciones y beneficiarios, y dado que al reducir las barreras de acceso surgiría una demanda por servicios que en la actualidad se encuentra reprimida⁵.

⁵ Atendiendo a la evolución de la demanda a partir de la disponibilidad de insumos para partos, se podría y planificar la hipótesis que también a partir de la disponibilidad de insumos para las atención de las doce patologías a ser cubiertas, se registrará una expansión de la demanda del orden del 20%.

Cuadro 5.

Patologías a ser cubiertas por el Programa de Cuidados Médicos y cantidad de casos atendidos en la red del MSPBS anualmente

Patologías	Cantidad de beneficiarios atendidos	
	Niños/as	Embarazadas
1. Anemia Parásito Nutric.	178.027	19.916
2. Diarrea s/ Deshidratación	133.520	9.958
3. Diarrea Infecciosa	44.507	
4. no Neumonía	178.027	9.958
5. Neumonía Leve	44.507	
6. Parasitosis Intestinal	178.027	
7. Pediculosis	133.520	
8. Sífilis Congénita (RN)	450	
9. Pre Eclampsia y Eclampsia		9.958
10. Diabetes en Embarazadas		996
11. Hemorragia en embarazadas		19.916
12. Infección Puerperal		9.958
TOTAL	890.585	80.660

Estimado en Base al Informe de Morbilidad 2003 DPTO. de Bioestadística del MSPBS.

Se trata de expandir la cobertura de la población sin seguro de salud a las prestaciones que detentan mayor impacto sobre la morbilidad materno infantil. Hay consenso suficiente en el país y el mundo respecto a que las estrategias que garantizan mayor efectividad son las definiciones de los Cuidados Esenciales de Neonatología y Obstetricia (CONE), junto a otras prácticas contempladas en la estrategia para la Atención Integrada las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Por otro lado, se han identificado seis Cuidados Obstétricos Esenciales agrupados dentro de lo que se denomina COE Básico que las agencias de cooperación internacional han definido como la estrategia esencial más eficaz para abordar directamente las causas médicas de la mortalidad materna. Otra ventaja de una estrategia centrada en los COE Básicos es que no es preciso que se realicen solo en hospitales, pueden ser impartidos en establecimientos de baja complejidad e incluso por una partera profesional capacitada.

4. Componentes del Programa

Sobre el total de 75 prestaciones que involucra el Conjunto Garantizado de Prestaciones del PNAMI, 17 de ellas permitirían dar cuenta de los principales desafíos de la efectiva implantación de AIEPI y de los COE Básicos. Las mismas son detalladas en el cuadro 6. Por estos motivos, se puede concluir que un despliegue inmediato de acciones de fortalecimiento de la red, que involucren capacitación en servicio, adecuación mínima de la infraestructura y equipamiento y, fundamentalmente, la provisión adecuada y oportuna de insumos; permitirían no solo reducir las barreras de acceso sino avanzar en el rumbo correcto para lograr una reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil en el mediano plazo.

Cuadro 6. PRESTACIONES DEL PCSB

Embarazadas	1.Consulta y tratamiento ambulatorio de IRA no neumonía, a embarazadas
	2.Consultas sucesivas de control prenatal. Incluye esquema de vacunación, entrega de hierro, ácido fólico y detección de riesgo nutricional.
	3.Tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo.
	4.Consulta de salud reproductiva post aborto con Provisión de insumos de salud reproductiva y, hierro y Ac. Fólico
	5.Atención del parto normal y atención inmediata al recién nacido
	6.Consulta y atención del puerperio inmediato.
	7.Consejería puerperal en Salud Sexual y Reproductiva; lactancia materna y puericultura.
Niño	8.Atención de RN en condición de riesgo al nacer (tratamiento preferencia).
	9.Inmunización de recién nacido (BCG).
	10. Consulta pediátrica menores de un año, incluye control de crecimiento y desarrollo (AIEPI).
	11. Dosis aplicada de vacuna Pentavalente en menor de 1 año.
	12. Dosis aplicada de vacuna Sabin en menor de 1 año.
PRESTACIONES COLECTIVAS	13. Dosis aplicada de vacuna SPR (sarampión, papera, rubéola) en niños menores de 5 años
	14. Dosis aplicada de vacuna DPT (difteria, tos convulsa, tetanos) en niños de 1 a 4 años
	15. Reuniones comunitarias o eventos para promoción de la salud y el desarrollo infantil por establecimiento.
	16. Reuniones o eventos para promoción de hábitos alimentarios sanos/promoción de la nutrición en MEF, niños y adolescentes.
	17. Reuniones, clubes, charlas o eventos para promoción de salud sexual y reproductiva

Observación: El elenco de prestaciones enumerado en este cuadro es preliminar y está sujeto a revisión y convalidación por el equipo de profesionales médicos del MSPBS, pero se estima que de sufrir variaciones estas serían mínimas.

Para ajustar el funcionamiento del Programa, priorizando el fortalecimiento de estas prestaciones, han sido priorizados secciones en seis sub-componentes, cuyo desarrollo será precedido de la confección de una línea de base para evaluación del Programa y las posteriores evaluaciones intermedias a los 12 meses y final a los 18 meses.

Además, el Plan de terminación reafirma el compromiso con el fortalecimiento del Sistema de Estadísticas Vitales.

Las orientaciones generales para la evaluación y el ajuste de los componentes son presentadas a continuación.

4.1 Evaluación del Plan de Terminación

El ajuste formulado para la terminación del programa mantiene el objetivo original de fortalecer el acceso a la APS, pero lo concentra en 12 patologías prevalentes. Por lo tanto, la evaluación del programa involucra comparar la situación inicial en términos de la capacidad de respuesta de la red para las prestaciones involucradas en el PCSB, con los avances intermedios logrados y la situación al finalizar la ejecución del programa.

El MSPBS está desarrollando, conjuntamente con el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un estudio de relevamiento del funcionamiento y condiciones de la red asistencial para el cumplimiento de lo que fue denominado Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) que involucra tanto a los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) reconocidos en el compromiso interagencial por la reducción de la morbilidad y mortalidad materna (OPS, 2003) como a los Cuidados Neonatológicos Esenciales acordes a la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

El mencionado estudio CONE, que ya ha sido realizado en otros países de la región, se encuentra en implementación en Paraguay y podrá funcionar como una línea de base para la evaluación del Plan de Terminación del Programa. El mismo se apoya sobre cuatro instrumentos de recolección de información, cada uno de los cuales destaca una de las siguientes dimensiones:

- a) Infraestructura y equipamiento disponible,
- b) Recursos e insumos,
- c) Capacidad resolutive y
- d) Referencia y contareferencia.

La metodología ha sido probada y convalidada para dar cuenta de la estrategia de salud propuesta y también ajustada para las condiciones del sistema de salud del Paraguay. Incluso se ha acordado la inclusión de ítems relativos a los cuidados de AIEPI postneonatales incluidos en el PCSB. El

relevamiento incluirá a la totalidad de los servicios hospitalarios (100%) a la totalidad de los centros de salud (100%) y a una parte representativa de los puestos de salud de todas las regiones del país (30%).

A través del estudio CONE se podrá dar cuenta de la situación actual del país en términos de capacidades relativas en las cuatro variables mencionadas, permitiendo su desagregación por regiones, distritos y servicios. Relevamientos posteriores permitirán verificar los avances logrados en cada una de esas 4 variables. Para ello se contempla una evaluación de medio término al año y otra al finalizar el programa. Estas se realizarán sobre la base de cuestionarios simplificados y a partir de una muestra probabilística representativa por región.

Subcomponente 1.3 Mejoramiento de las Estadísticas Vitales

El objetivo es mejorar la Calidad de los Datos registrados en los Certificados de Nacidos Vivos y Defunciones; y aumentar la cobertura del Registro de Nacidos Vivos y Defunciones. La propuesta espera obtener como resultados: a) Departamentos de Bioestadística del nivel central y de las dieciocho regiones sanitarias fortalecidas con infraestructura adecuada con capacidad de respuesta rápida, oportuna y eficiente; b) Recursos Humanos capacitados en el procesamiento de registro de datos, codificación de diagnósticos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y uso de paquetes estadísticos para el análisis de datos, aplicando conocimientos adquiridos; c) Comunidad y funcionarios de salud, sensibilizados sobre registro de hechos vitales y d) Modelo de monitoreo, control y evaluación del SSIEV, validado e implementado.

Las actividades previstas incluyen:

1. **Fortalecimiento de la infraestructura.** Adquisición de equipos y programas informáticos para el nivel central y todas las regiones sanitarias.
2. **Desarrollo de un Subsistema de Estadísticas Vitales.** Esto involucra, el diseño del sistema y descripción de especificaciones técnicas para la construcción del mismo, elaboración del manual conteniendo el modelo del Sistema de Estadísticas Vitales y las especificaciones técnicas del sistema, incluida la definición del entorno operacional del sistema.
3. **Capacitación a funcionarios,** a fin de mejorar el registro y la utilización del Subsistema de Estadísticas Vitales.
4. **Difusión.** A funcionarios y de la comunidad, de los nuevos procedimientos del SSIEV. Se planea elaborar materiales de consulta que incluyan los temas referentes al contenido del manual de normas y procedimientos (marco legal, instructivos para el llenado, recepción y distribución de certificados de nacidos vivos y defunción, flujo de datos,

entre otros). También está previsto elaborar afiches con información sobre el proceso de certificación de nacidos vivos y defunción, recomendaciones especiales para las madres, parteras empíricas, etc. a ser ubicados en los lugares de prestación de servicios que tienen gran afluencia de pacientes y la impresión de trípticos y dípticos para maestros, embarazadas que concurren a los servicios de salud, líderes comunitarios y para la población en gral.

Subcomponente 2.1 "Desarrollo de los Recursos Humanos"

El objetivo de este componente será la capacitación de los equipos locales para garantizar el adecuado cumplimiento del PCSB. La misma será realizada sobre la base del manual del PCSB que incluirá: a) protocolos de atención para las doce patologías cubiertas y las 17 prestaciones incluidas en el PCSB desagregados según nivel de atención, b) funcionamiento de la red, incluyendo normas de derivación y esquema de referencia y contrarreferencia, y c) la administración y rendición de cuentas en el sistema de suministros incorporado por el Programa. Comprende los siguientes tipos de capacitación:

1. **Capacitación de profesionales y trabajadores de los servicios para la puesta en marcha del PCSB.** Centrada en las siguientes metodología: a) entrenamiento en servicio, b) de corta duración (módulos de un día de duración), y c) eminentemente práctica (enfaticando los procedimientos necesarios para garantizar el PCSB), y d) centrada en el contexto de oportunidad que reviste la disponibilidad de insumos para el tratamiento de las patologías prevalentes priorizadas.
2. **Curso centralizado de capacitación para directivos regionales de los servicios de APS para la apropiada gestión de insumos y funcionamiento en red.** Esa capacitación buscará sensibilizar a los directivos respecto de la conveniencia y necesidad de modificar el modelo de atención y fundamentar las bases del diseño del Programa. El objetivo final será lograr su adhesión al nuevo modelo generando así condiciones de viabilidad del mismo.
3. **Cursos descentralizados de capacitación de los cuadros técnicos y administrativos de MSPBS en el control de gestión y operación del sistema de información para suministro de medicamentos.** Esta actividad presupone contar con el diseño de un sistema de informaciones para monitoreo y evaluación de insumos.
4. **Talleres para promover la programación local,** la participación comunitaria en el despliegue de actividades de los centros y las actividades extramuros.

Subcomponente 2.2 Adquisición y Distribución de Medicamentos.

El resultado a ser obtenido es un sistema de gestión de suministros de medicamentos, adecuado para el Sistema Nacional de Salud, que genere bases apropiadas para el funcionamiento del PNAMI. Esto involucra:

1. **Diseño y construcción de un nuevo modelo de gestión de suministros** que realice la programación y adquisición centralizada, contrate la operación logística y distribución con terceros, monte kits diferenciados de insumos para la atención de cinco segmentos (cuidados del embarazo, cuidados del embarazo de riesgo, atención del parto normal, atención del parto por cesárea, y cuidados del crecimiento del niño), y los distribuya directamente a los servicios con la periodicidad necesaria para minimizar los requerimientos de stocks en los mismos y así reducir los riesgos de malos manejos y corrupción.
2. **Elaboración de un listado único** de medicamentos cubiertos por el programa construido a partir de los protocolos de atención elaborados de forma consensuada.
3. **Desarrollo de modelos de programación y adquisición** de medicamentos e insumos, generando pliegos para licitaciones y procesos adecuados para la compra.
4. **Diseño de procesos de logística** para recepción y almacenamiento en depósitos centrales, así como para su posterior distribución a los servicios objetivo.
5. **Diseño e implementación de un sistema de informaciones** que permita un adecuado control de entregas, la supervisión del funcionamiento del PCSB en los servicios y facilite la evaluación de la prescripción racional por parte de los médicos.
6. **Incorporación progresiva del Kit de partos al nuevo modelo de gestión de suministros.** El MSPBS ya incorporó desde 2004 los kit de partos normales y por cesáreas. Dado que se trata de una prestación de alto impacto sobre la morbilidad materna infantil, se acordó su progresiva incorporación dentro del PCSB y, por tanto, dentro del mismo sistema de suministro a ser desarrollado por el Programa para la adquisición, conformación y distribución de los medicamentos e insumos para la atención del embarazo, el embarazo de riesgo y los cuidados del crecimiento del niño.

Subcomponente 2.3 "Infraestructura y Equipamiento"

El resultado esperado es la infraestructura consolidada para la conformación de las redes de servicios de obstetricia y pediatría con niveles adecuados de resolutivez para el funcionamiento del PNAMI. Asimismo, se propone contemplar el fortalecimiento del equipamiento para garantizar la cadena de

frío imprescindible para la efectividad del Programa Ampliado de Inmunizaciones que ha sido propuesto por el MSPBS y la OPS.

Las acciones que involucra el componente incluyen:

1. **Conclusión de plan de obras** remanente de períodos anteriores para consolidar la atención materno-infantil.
2. **Equipamiento** de servicios de maternidad e infancia en los centros asistenciales construidos o refaccionados por el Programa.
3. **Adquisición y distribución de un kit básico de instrumentos** de atención primaria para garantizar el cumplimiento del PCSB en todos los centros del primer nivel de atención del país
4. **Mejoramiento de la capacidad instalada del primer nivel de atención** priorizando los puestos de salud y las áreas rurales y más desfavorecidas de todo el territorio nacional. Sin embargo, cabe observar que en Paraguay se ha categorizado como hospitales distritales e incluso como hospitales regionales a centros que se limitan a incluir las cuatro especialidades básicas (Clínica médica, Tocoginecología, Pediatría y Cirugía general).
5. **Equipamiento de los centros de referencia para garantizar la resolutivez adecuada a nivel del PCSB.** Esto significa realizar las inversiones indispensables para garantizar en cada región la disponibilidad tecnológica para dar respuesta en los casos de embarazo y parto de riesgo, así como de cuidados de mayor complejidad en neonatología.
6. **Fortalecimiento de la capacidad de mantenimiento del MSPBS.** A través de la capacitación de sus cuadros técnicos y de la provisión de una caja de herramientas básica.

Subcomponente 2.4 "Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia"

La programación original de la operación de crédito contemplaba la instalación de una red de radiocomunicación, que permita vincular las regiones anteriormente conectadas, a través de las inversiones de una operación financiada con recursos de un préstamo del Banco Mundial, con las cinco regiones que abarcaba el Programa. Esto permitirá establecer un sistema de red de comunicación en gran parte del país.

Una vez realizados los estudios técnicos para establecer las especificaciones adecuadas de los equipamientos a ser adquiridos se realizó el proceso de licitación, pero debió ser declarado desierto porque ninguna de las ofertas satisfacía plenamente las condiciones establecidas en el pliego.

El Plan de Terminación del Programa contempla una nueva convocatoria para completar dicha adquisición. Además, como se destaca en los demás

componentes, la consolidación de un esquema de referencia y contrareferencia será apoyada desde la protocolización de las prestaciones, incluidas en el PCSB, y desde la capacitación para su puesta en marcha. En particular las actividades contempladas dentro de este componente involucran:

1. Consultoría de radiocomunicación para acompañamiento de la implementación del sistema.
2. Implementación del Sistema de Radiocomunicación en los establecimientos de Salud
3. Fiscalización para el seguimiento y monitoreo durante la implementación del Sistema de Radiocomunicación.

Subcomponente 2.5 "Información, Educación y Comunicación"

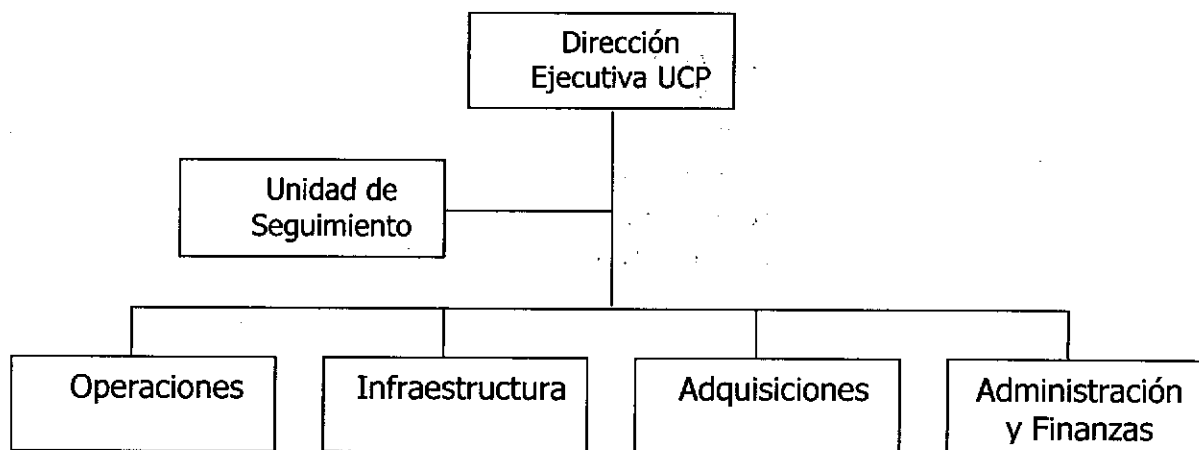
El resultado esperado de este componente es la reducción de las barreras culturales de acceso a los servicios de APS, así como la prevención de posibles desvíos en el funcionamiento del PCJB y en el sistema de gestión de suministros. Asimismo, realizar los estudios o informes necesarios para definir acciones que garanticen la sostenibilidad de las líneas del Programa y apoyen las prioridades sectoriales. Incluye acciones como:

1. **Campaña masiva de difusión** que informe a la población, tanto en castellano como en Guaraní, acerca de las prestaciones fortalecidas, la disponibilidad de medicamentos gratuitos y los mecanismos de control y operación.
2. **Apoyo a las campañas que involucra el PAI.**
3. **Estudios o Informes Sectoriales.**

5. Ajustes al Mecanismo de Ejecución del Programa

Con el objeto de adecuar el mecanismo de ejecución del Programa al logro de las acciones priorizadas en el Plan de Terminación, se implementará un Comité de Seguimiento en la Alta Dirección del MSPBS, que tendrá por función hacer seguimiento a la implementación del plan. Dicho Comité estará integrado por el señor Ministro, quien lo presidirá, la Viceministra, los Directores Generales de Programas, Servicios de Salud, Planificación, Administración y Finanzas y Recursos Físicos. Asimismo, se constituirá un Comité Técnico encargado de asegurar la coherencia técnica y coordinar las actividades de ejecución del Programa al interior del Ministerio. Este Comité, dependiente del Comité de Seguimiento, estará conformado por los funcionarios que designe cada Dirección General de MSPBS y por el Director de la UCP, quien lo presidirá, y, el Jefe de la Unidad de Seguimiento de la UCP, quien actuará como Secretario del mismo.

De otro lado, se modifica la estructura organizacional de la UCP de la siguiente manera:



El MSPBS es el organismo ejecutor del Programa, por intermedio de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), la cual estará integrada por una Dirección Ejecutiva de la cual dependerán cuatro unidades de línea: (i) Unidad de Administración y Finanzas, a cargo de la administración de los recursos; (ii) Unidad de Operaciones del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, responsable de implementar, en coordinación con las correspondientes Direcciones Generales del MSPBS, las acciones de fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la red de atención primaria; (iii) Unidad de Infraestructura, responsable de la implantación de las acciones de mejoramiento de las instalaciones y equipamiento de la red, y, (iv) Unidad de Adquisiciones, responsable de la ejecución del plan de adquisiciones del Programa. Asimismo, la UCP contará con una Unidad de Seguimiento,

responsable de las acciones de programación, seguimiento y control de gestión del Programa y la articulación técnica al interior de la UCP y con el MSPBS.

6. Acciones de Fortalecimiento de la UCP

Dado el desafío que constituye el Plan de Terminación del Programa, se deben implementar las siguientes acciones de fortalecimiento institucional:

- Elaboración de Reglamento Operativo acorde al Plan de Terminación, el mecanismo de ejecución del Programa y la nueva estructura de la UCP.
- Fortalecimiento de la estructura de la UCP, mediante la implementación de las siguientes acciones de personal:

Contratar: (i) un (1) consultor internacional que asesore y apoye a la UCP en la implementación del Plan de Terminación con énfasis en la constitución y funcionamiento de la Unidad de Seguimiento, y, (ii) un (1) experto en internacional en adquisiciones que apoye la creación y funcionamiento de una unidad en esa área.

Reasignación del personal de la UCP, de acuerdo a su perfil profesional y las necesidades de implementación del Plan de Terminación. Asimismo, se determinara en coordinación con el Banco las necesidades de personal adicional.

- Conforme a lo estipulado en el pie de pagina del Cuadro de Costos del Programa incluido en el numeral 3.01 del Anexo A del Contrato de Préstamo 1006/OC-PR, en acuerdo con el Banco, se podrán establecer salarios incrementales a funcionarios del Ministerio que presten servicios en la UCP, acorde a las responsabilidades y al perfil correspondiente, con cargo a recursos del Financiamiento.

7. Presupuesto y Cronograma Anual de Ejecución Financiera

7.1 Presupuesto del Programa y Disponibilidad Financiera para el Plan de Terminación.

CATEGORIAS DE INVERSION	PRESUPUESTO REASIGNADO		PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA EJECUCION PLAN DE TERMINACION	
	BID	LOCAL	BID	LOCAL
1- Administración y Supervisión	2,484,000	1,250,000	1,448,406	501,133
2- Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector	1,617,773	836,429	467,000	0.00
2.1- Fortalecimiento de la autonomía regional	506,480	0	0	0.00
2.2- Iniciativa "El Profesional Excelente"	598,996	836,429	30,000	0.00
2.3- Mejoramiento de estadísticas vitales	512,297	0	437,000	0.00
3- Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud.	33,744,373	5,513,571	18,981,796	3,475,508
3.1- Desarrollo de los recursos humanos.	1,122,321	197,536	559,000	160,513.00
3.2- Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos	6,797,035	5,216,035	3,343,509	3,214,995
3.3- Rehabilitación e infraestructura y equip.	22,784,531	100,000	12,272,964	100,000
3.4- Fortalecimiento al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	1,525,833	0	1,500,000	0.00
3.5- Información, educación y comunicación	1,514,653	0	1,306,323	0.00
4-Facilidad para Preparación de Proyectos	230,176	0	0	0.00
5- Costos Concurrentes	650,000	0	650,000	0.00
5.1- Auditoria sistema de provisión de Insumos	400,000	0	400,000	0.00
5.2- Evaluación	250,000	0	250,000	0.00
6- Inspección y Vigilancia	273,678	0	0	0.00
TOTALES	39,000,000	7,600,000	21,587,202	3,976,641

7.2 Cronograma Anual de Ejecución Financiera para el Plan de Terminación.

EJECUCION FINANCIERA				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	MONTO TOTAL DE EJECUCION FINANCIERA
FINANCIAMIENTO F.F. 20	10,626,729	9,000,000	1,960,473	21,587,202
APORTE LOCAL F.F. 10	2,192,462	1,784,179	0	3,976,641

8. Referencias

1. PARAGUAY (2004a). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. DIRECCION DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN. EQUIPO TÉCNICO EJECUTIVO. "Análisis Del Perfil Demográfico Epidemiológico y Social, por Departamentos". Asunción.
2. PARAGUAY (2002). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Implementación de la Estrategia Para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – Aiepi- en Paraguay". Asunción.
3. REPUBLICA DEL PARAGUAY (2004b). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Dirección General de Planificación y Evaluación - Banco Mundial: Preparación del Proyecto de Salud II. "Focalización Geográfica: Índice de Exclusión basado en las Metas del Milenio. Metodología de Selección". Junio.
4. OPS (2003). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Reducción de la mortalidad y morbilidad materna: Consenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe*. Washington D.C.
5. OPS - MSPyBS (2003). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. *Exclusión Social en Salud*. Asunción. Octubre.
6. PARAGUAY (1997). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, OFICINA DE PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL. *Programa de Reforma a la Atención Primaria en Salud (PR – 0028): Manual de Operaciones (Primera Versión)*. Asunción.
7. RODRÍGUEZ, Carlos (2004). "Segunda Encuesta de Establecimientos de Salud. Redes de servicios de salud reproductiva. Informe Final". Centro de Información y Recursos para el Desarrollo – United State Agency for International Development (CIIRD– USAID). Asunción.
8. TOBAR, Federico (2004). "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina". *Nota técnica de discusión de salud* 002/2004. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C. Enero 2004.
9. CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN (2004). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva 2004*. CEDEP. Asunción.

10. CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (1998) "Análisis del Sector Salud del Paraguay (documento Preliminar)", con la cooperación técnica de la OPS y la OMS, Asunción del Paraguay.
11. FECHA, Oscar; ORELLANO, Juan Manuel; GAETE, Rubén; MARTINEZ, Esperanza y CARRIZOSA, Agustín (Director de Proyecto) (1996). *Diagnóstico Sobre la Situación del Sector Salud en el Paraguay*, Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social.
12. OPS/OMS (1994). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington DC..
13. OPS/OMS (1997) *Situación de Salud en América, Indicadores Básicos*, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington DC.
14. DIAZ, Adrián (1997). "Diagnóstico Epidemiológico y de Servicios (documento Preliminar)". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa de Reforma a la Atención Primaria en Salud. Asunción.
15. HAMILTON, Gabriela, TOBAR Federico, VAZQUEZ, Mariana. 1999 "Análisis Comparativo de tres enfoque metodológicos para medir la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe". En: *IX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Misiones. Argentina (Buenos Aires Ediciones AES)
16. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2004 a). "Ayuda Memoria Misión de Administración". PARAGUAY. Programa de Reforma a la Atención Primaria de Salud. Contrato de Préstamo 1006/OC-PR. Asunción. Marzo.
17. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2004 b). "Paraguay Informe de Misión Especial: Revisión de la Cartera de Programas Sociales". Asunción. Misión 4 al 8 de octubre.
18. UCP (2004). Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud - Convenio de Préstamo 1006/OC/PR-BID. 2004."Plan Operativo Anual".
19. IPES (2003). Instituto de Investigación sobre Pobreza y Exclusión Social. "La niñez y la familia en las américas". Montevideo.
20. OPS (2001). Desigualdades en la Mortalidad Infantil en la Región de las Américas: Elementos Básicos para el Análisis. *Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio*.
21. WAGSTAFF, Adam (2000). "Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil. Comparación de nueve países en desarrollo". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* Nro 3.

Anexo II

Información Financiera

EJECUCION FINANCIERA - PLAN DE TERMINACION - FINANCIAMIENTO BID

CATEGORIAS DE INVERSION	PRESUPUESTO BID	EJECUCION REALIZADA AL 31-12-04	SALDO DISPONIBLE POR CATEGORIA	CUADRO DE COSTOS REASIGNADO	SALDO DISPONIBLE POR CATEGORIA PARA PLAN DE TERMINACION	ESTIMACION DE EJECUCION FINANCIERA AÑO 2.005			Pagos comprometidos en el 2.005 y a ejecutarse en 2.006 - FF 20	Pagos en el año 2.005 FF 20	Pago Estimado 2005	Pagos comprometidos en el 2.005 y a ejecutarse en 2.006 - FF20	DISPONIBILIDAD FINANCIERA PARA ACTIVIDADES 2005	EJECUCION FINANCIERA POR CATEGORIA PLAN DE TERMINACION
						6	7	8 = 6 + 7						
1- Administración y Supervisión	2,484,000.00	995,593.88	1,488,406.12	2,484,000.00	1,488,406.12	0.00	736,987.00	736,987.00	0.00	736,987.00	736,987.00	0.00	751,419.12	1,488,406.12
2- Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector.	2,100,000.00	1,150,772.56	949,227.44	1,617,772.56	467,000.00	0.00	417,000.00	417,000.00	0.00	417,000.00	417,000.00	0.00	50,000.00	467,000.00
2.1- Fortalecimiento de la autonomía regional	940,000.00	506,478.74	433,521.26	506,478.74	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.2- Iniciativa "El Profesional Excelente"	600,000.00	568,985.86	31,004.14	568,985.86	30,000.00	0.00	30,000.00	30,000.00	0.00	30,000.00	30,000.00	0.00	0.00	30,000.00
2.3- Mejoramiento de estadísticas vitales	560,000.00	73,297.96	484,702.04	512,297.96	437,000.00	0.00	387,000.00	387,000.00	0.00	387,000.00	387,000.00	0.00	50,000.00	437,000.00
3- Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud.	32,560,000.00	14,762,578.93	17,297,421.07	33,744,374.77	16,891,795.84	3,531,147.00	5,841,595.00	9,372,742.00	5,801,419.00	5,841,595.00	9,372,742.00	3,448,919.00	3,807,834.64	16,891,795.84
3.1- Desamho de los recursos humanos.	1,400,000.00	563,321.93	836,678.07	1,122,321.93	659,000.00	0.00	209,000.00	209,000.00	0.00	209,000.00	209,000.00	0.00	350,000.00	559,000.00
3.2- Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos INVEC	5,240,000.00	3,483,526.69	1,756,473.31	6,797,035.69	3,343,509.00	0.00	600,000.00	600,000.00	1,334,000.00	600,000.00	600,000.00	1,299,509.00	1,299,509.00	3,343,509.00
3.3- Rehabilitación e infraestructura y equipamiento.	22,000,000.00	10,511,567.15	11,486,432.85	22,784,531.22	12,272,964.07	3,531,147.00	3,761,095.00	7,292,242.00	3,448,919.00	3,761,095.00	7,292,242.00	3,448,919.00	1,531,803.07	12,272,964.07
3.4- Fortalecimiento al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	1,920,000.00	25,832.93	1,894,167.07	1,525,832.93	1,500,000.00	0.00	681,500.00	681,500.00	816,500.00	681,500.00	681,500.00	0.00	0.00	1,500,000.00
3.5- Información, educación y comunicación (IEC)	1,800,000.00	208,330.23	1,591,669.77	1,514,653.00	1,306,322.77	0.00	590,000.00	590,000.00	0.00	590,000.00	590,000.00	0.00	716,322.77	1,306,322.77
4-Facilidad para Preparación de Proyectos(PFP).	416,000.00	230,175.44	185,824.56	230,175.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5- Costos concurrentes	1,250,000.00	0.00	1,250,000.00	650,000.00	650,000.00	0.00	100,000.00	100,000.00	390,000.00	100,000.00	100,000.00	300,000.00	280,000.00	650,000.00
5.1- Auditoria sistema de provisión de insumos	1,000,000.00	0.00	1,000,000.00	400,000.00	400,000.00	0.00	100,000.00	100,000.00	300,000.00	100,000.00	100,000.00	0.00	0.00	400,000.00
5.2- Evaluación	250,000.00	0.00	250,000.00	250,000.00	250,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	250,000.00	250,000.00
6- Inspección y Vigilancia	390,000.00	273,677.23	116,322.77	273,677.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES	39,000,000.00	17,412,793.04	21,587,201.96	39,000,000.00	21,587,201.96	3,531,147.00	7,095,582.00	10,626,729.00	8,101,419.00	7,095,582.00	10,626,729.00	4,859,033.68	21,587,201.96	

EJECUCION FINANCIERA - PLAN DE TERMINACION - APOORTE LOCAL

CATEGORIAS DE INVERSION	PRESUPUESTO LOCAL	EJECUCION REALIZADA AL 31-12-04	SALDO DISPONIBLE POR CATEGORIA	CUADRO DE COSTOS REASIGNADO	SALDO DISPONIBLE POR CATEGORIA PARA PLAN DE TERMINACION	ESTIMACION DE EJECUCION FINANCIERA AÑO 2005			Pagos Comprometidos 2004, a ser Pagados en el 2005 - FF-10	Pagos en el año 2005 FF-10	Pago Estimado 2005	Pagos Comprometidos en el 2005 y a efectuar en 2006 - FF10	DISPONIBILIDAD FINANCIERA PARA ACTIVIDADES 2005	EJECUCION FINANCIERA POR CATEGORIA PLAN DE TERMINACION
						6	7	8 = 6 + 7						
1- Administrador y Supervisión	1.250.000,00	746.866,91	501.133,09	1.250.000,00	501.133,09	0,00	152.462,00	152.462,00					346.671,09	501.133,09
2- Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector.	850.000,00	836.428,88	13.571,12	836.428,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.1- Fortalecimiento de la autonomía regional	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.2- Inicialmente "El Profesional Excelente"	850.000,00	836.428,88	13.571,12	836.428,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.3- Mejoramiento de estadísticas vitales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3- Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud.	5.500.000,00	2.036.063,35	3.461.936,65	5.513.571,12	3.476.507,77	112.853,00	1.927.147,10	2.040.000,10	0,00	1.927.147,10	2.040.000,10	0,00	1.436.507,67	3.476.507,77
3.1- Desarrollo de los recursos humanos.	640.000,00	37.022,24	602.977,76	187.535,24	190.513,00	10.513,00	0,00	10.513,00	0,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	160.513,00
3.2- Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos INVEC	4.860.000,00	2.001.041,11	2.858.958,89	5.316.035,88	3.214.994,77	102.340,00	1.987.147,10	1.989.487,10	0,00	1.987.147,10	1.989.487,10	0,00	1.225.507,67	3.214.994,77
3.3- Rehabilitación e infraestructura y equipamiento.	0,00	0,00	0,00	100.000,00	100.000,00	0,00	40.000,00	40.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	100.000,00
3.4- Fortalecimiento al sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.5- Información, educación y comunicación (IEC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4- Feasibilidad para Preparación de Proyectos (PPF).	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5- Costos concurrentes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5.1- Auditoría sistema de provisión de insumos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5.2- Evaluación	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6- Inspección y Vigilancia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALES	7.600.000,00	3.623.539,14	3.576.640,86	7.600.000,00	3.576.640,86	112.853,00	2.079.609,10	2.192.462,10	0,00	2.079.609,10	2.192.462,10	0,00	1.784.178,76	3.576.640,86

JUSTIFICACION DE REASIGNACION - FINANCIAMIENTO BID

CATEGORIAS DE INVERSION	1. ADMINISTRACION Y SUPERVISION	2 - MODERNIZACION DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL			3 - MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD					4 - FACILIDAD DE PREPARACION DE PROYECTOS	5 - COSTOS CONCURRENTES		6 - INSPECCION Y VIGILANCIA	TOTAL REASIGNADO
		2.1 Fortalecimiento de la Estructura Organizacional	2.2 Iniciativa del Profesional Existente	2.3 Mejoramiento de las Estadísticas Vitales	3.1 Desarrollo de Recursos Humanos	3.2 Mejoramiento Sistema de Adquisición y Distribución de Medicamentos e Insumos	3.3 Rehabilitación de Infraestructura y Equipamiento	3.4 Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes	3.5 Información, Educación y Comunicación		5.1 Auditoría sistemas y provisión de insumos	5.2 Evaluación		
1- Administración y Supervisión														0.00
2- Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector.														0.00
2.1 Fortalecimiento de la autonomía regional														0.00
2.2 Iniciativa "El Profesional Existente"														0.00
2.3 Mejoramiento de estadísticas vitales														0.00
3- Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud														0.00
3.1 Desarrollo de los recursos humanos.														0.00
3.2 Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos		423,521.26	1,004.14	47,702.04	277,678.07			394,167.07	265,347.00	185,824.56	48,899.52		116,322.77	1,557,005.68
3.3 Rehabilitación e infraestructura y equipamiento											550,000.48			784,531.22
3.4 Fortalecimiento al sistema de referencia y contrareferencia de pacientes														0.00
3.5 Información, educación y comunicación														0.00
4-Facilidad para Preparación de Proyectos(PPP).														0.00
5- Costos concurrentes														0.00
5.1 Auditoría sistema de provisión de insumos														0.00
5.2 Evaluación														0.00
6- Inspección y Vigilancia														0.00
TOTALES	0.00	423,521.26	1,004.14	47,702.04	277,678.07	0.00	0.00	394,167.07	265,347.00	185,824.56	600,000.00	0.00	116,322.77	2,341,566.91

JUSTIFICACIÓN DE REASIGNACION - APORTES LOCAL

CATEGORIAS DE INVERSION	ADMINISTRACION Y SUPERVISION	2 - MODERNIZACION DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL						3 - MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD						4 - FACILIDAD DE PREPARACION DE PROYECTOS		5 - COSTOS CONCURRENTES		6 - INSPECCION Y VIGILANCIA	TOTAL REASIGNADO
		2.1 Fortalecimiento de la Estructura Organizacional	2.2 Ingeniería del Profesional Exigente	2.3 Mejoramiento de las Estadísticas Vitales	3.1 Desarrollo de Recursos Humanos	3.2 Mejoramiento Sistema de Adquisición y Distribución de Medicamentos e Insumos	3.3 Rehabilitación de Infraestructura y Equipamiento	3.4 Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes	3.5 Información, Educación y Comunicación	5.1 Auditoría sistemas y provisión de insumos	5.2 Evaluación								
1.- Administración y Supervisión																			0.00
2.- Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector.																			0.00
2.1- Fortalecimiento de la autonomía regional																			0.00
2.2- Iniciativa "El Profesional Excelente"																			0.00
2.3- Mejoramiento de estadísticas vitales																			0.00
3.- Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud																			0.00
3.1- Desarrollo de los recursos humanos																			0.00
3.2- Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos			13 571.12		342,464.76														356,035.88
3.3- Rehabilitación e infraestructura y equipamiento					100,000.00														100,000.00
3.4- Fortalecimiento al sistema de referencia y contrareferencia de pacientes																			0.00
3.5- Información, educación y comunicación																			0.00
4-Facilidad para Preparación de Proyectos(PPF).																			0.00
5-Costos concurrentes																			0.00
5.1- Auditoría sistemas de provisión de insumos																			0.00
5.2- Evaluación																			0.00
6-Inspección y Vigilancia																			0.00
TOTALES		0.00	0.00	13,571.12	0.00	442,464.76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00				456,035.88

**ANEXO VI
PARAGUAY
Programa de Reforma a la Atención Primaria de Salud
Contrato de Préstamo 1006/OC-PR
Misión de Administración
1 al 10 de noviembre del 2004**

AYUDA MEMORIA

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Entre los días 1 y 10 de noviembre del 2004, se realizó una Misión de Administración del Banco integrada por Hugo Flórez Timorán (RE1/SO1), Federico Tobar (Consultor) y Carlo Antonio Arze (COF/CPR), quien la presidió.
- 1.2. La Misión sostuvo reuniones con el Dr. Julio César Velázquez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social - MSPyBS; la Dra. Wilma Basualdo, Viceministra de Salud Pública; la Lic. Genara María Duarte, Coordinadora Ejecutiva de la UCP; el Sr. Pedro Espinola Vargas Peña, Coordinador Superior de la UCIP del Ministerio de Hacienda; el Dr. Silvio Ortega, Director General de Servicios de Salud; la Lic. Zulma Sosa de Servín, Directora General de Estadística, Encuestas y Censos, así como, con los responsables de las Unidades Técnicas y Administrativas de la UCP. También, se sostuvieron reuniones con la Dra. Carmen Rosa Serrano, Representante de la OPS/OMS; los señores Nils Arne Kastberg y Adriano González-Regueral, Director Regional y Representante de UNICEF, respectivamente; y el Equipo del Banco Mundial, encargado del diseño del Proyecto de Seguro Materno Infantil, liderado por la señora Monserrat Meiro Lorenzo. La Misión agradece la excelente colaboración y atenciones prestadas por las autoridades y funcionarios nacionales y de los organismos de cooperación internacional mencionados, lo que permitió el logro de su objetivo.

II. OBJETIVO DE LA MISIÓN

- 2.1. La Misión tuvo como propósito conocer la actual estrategia sectorial en Salud del Gobierno de Paraguay, revisar el estado de avance de la operación y contextualizar su participación en dicha estrategia, evaluar la capacidad operativa de la UCP y apoyar el inicio de la elaboración del plan de terminación del Programa.

III. RESULTADOS Y ACUERDOS DE LA MISIÓN

A. Estado de Avance del Programa

- 3.1. En el Anexo I se presenta un cuadro resumen de los resultados planificados y ejecutados en el marco del período de vigencia del Programa. A continuación se da cuenta de las

principales acciones que deben ser implementadas en el proceso de transición al Programa ajustado:

- i. En el caso del Sub-componente 1 “Fortalecimiento de la Autonomía Regional” se concluirán los estudios relativos al Marco Jurídico de la Descentralización, recientemente contratado, y se realizarán los talleres de fortalecimiento de la Autonomía Regional, buscando transferir los resultados acumulados en el desarrollo de este sub-componente a los actores relevantes involucrados en el proceso de descentralización en salud, principalmente al Consejo Nacional de Salud.
 - ii. En el Sub-componente 2 “Profesional Excelente” se realizará una auditoría externa, para cuya contratación inmediata la misión ha elaborado los términos de referencia que se adjuntan como Anexo II. La misma deberá identificar las fortalezas y debilidades de las actividades desarrolladas de forma conjunta por el MSPyBS y el Programa, a efectos de que, adicionalmente a que se cuente con un diagnóstico de situación de la oferta y distribución de los recursos humanos en salud disponibles y su impacto en los establecimientos intervenidos, se puedan capitalizar las lecciones aprendidas. Con ello se daría cumplimiento a lo acordado en el Numeral 11 de la ayuda memoria de la Misión de Administración de marzo pasado.
 - iii. En el Sub-componente 3 “Mejoramiento de las Estadísticas Vitales” no se ha cumplido con presentar la propuesta técnica, para el mejoramiento de la cobertura y disminución del subregistro de nacimientos y defunciones, solicitada en la Misión pasada, por lo que el Ministerio se comprometió a que, hasta el 9 de diciembre próximo, elaborará y presentará al Banco, con el apoyo técnico de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, una propuesta integral para el mejoramiento y optimización del sistema de estadísticas vitales, en el que se fundamente las diversas causas del subregistro y se detallen acciones, costos y metas a ser alcanzadas, así como, las fuentes de verificación de las mismas, a efectos que sea considerada en la definición de la propuesta de ajuste del Programa.
- 3.2. Para dar por finalizados los sub-componentes 1 y 2 antes señalados, la UCP deberá elaborar y presentar para aprobación del Banco un informe final por sub-componente, de acuerdo al modelo propuesto en el Anexo III, de forma que se pueda contar con lecciones que orienten el proceso de ajuste del Programa. Asimismo, como Anexo IV se presenta el plan acordado de las actividades comprometidas, en proceso y por comprometer para la gestión 2005, que ha sido elaborado tomando en consideración la decisión de iniciar dicho proceso.
- 3.3. *Aspectos Financieros:* El Programa fue aprobado en Mayo de 1997 y ratificado por el Congreso Nacional en Julio de 1998 y declarado elegible para desembolsos en Febrero de 1999. Considerando el tiempo de ejecución efectiva transcurrido, se observa que en casi 5 años y 9 meses se ha ejecutado y comprometido el 49% de los recursos del Financiamiento del Banco, quedando un saldo por ejecutar de aproximadamente US\$ 19,8 millones, de los cuales US\$ 3.6 millones se encuentran en proceso de compromiso (ver Anexo V). Se estima que el Programa cerrará la gestión 2004 con una ejecución del gasto acumulada de US\$ 17,5 millones y con un nivel de compromisos de US\$ 1,7 millones. Ello muestra que el Programa ha ejecutado un promedio de US\$ 3 millones por año, lo cual en parte se explica por la falta de consenso político para implantar el proceso de descentralización de la salud, los sucesivos cambios coyunturales en la política y su discordancia con el

diagnóstico del diseño original del Programa, y la debilidad de las capacidades institucionales para su implementación.

B. Estrategia Sectorial del País y el Programa

- 3.4. En el año 2003 el MSPyBS elaboró y publicó la "Política Nacional de Salud del Gobierno Nicanor Duarte Frutos 2003-2008", asumiendo como objetivo general el "extender la protección social en salud en la búsqueda de la equidad" y como primer objetivo específico "disminuir la morbilidad materno infantil". Asimismo, en la "Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social", presentada y publicada en septiembre del 2004 por el Gobierno Paraguayo, se establece como parte del eje estratégico de intervención "Generación de Oportunidades", orientado a promover el acceso igualitario a las necesidades básicas de los pobres, el componente "La vida saludable" que prioriza la atención materno infantil y la instalación de mecanismos de prevención de la morbilidad evitable. Con el propósito de dar cumplimiento a dicha política, el MSPyBS ha definido que la estrategia del Gobierno debe basarse en la implementación de un Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil (PNAMI), orientado a garantizar, para las mujeres en edad fértil y los niños hasta los cinco años de edad, la cobertura de un elenco de prestaciones estratégicas para avanzar en el compromiso de las Metas del Milenio. Estas definiciones reposicionan el marco del Contrato de Préstamo 1006/OC-PR, otorgándole una nueva relevancia y viabilidad política a los objetivos originales del Programa y configurando un contexto de oportunidades para su cumplimiento.
- 3.5. En virtud de este cambio en el contexto y tomando en cuenta el estado de avance del Programa, la Misión y el MSPyBS acordaron:
- i. Dar cumplimiento a un plan de finalización de actividades comprometidas y en curso del Programa, que se presenta como Anexo IV.
 - ii. Elaborar una propuesta de plan de ajuste y terminación del mismo, orientada a generar una mayor articulación del Programa con la estrategia sectorial vigente.
- 3.6. Considerando que el plazo de desembolsos vigente vence el 30 de abril del 2005, como consecuencia de la extensión otorgada por 21 meses, y que existe un saldo de recursos financieros por ejecutarse de alrededor de US\$ 16,2 millones del Financiamiento del Banco y US\$ 3,7 millones de aporte local (ver Anexo V-1), dicha propuesta tendrá por objeto justificar ante el Banco la solicitud de una prórroga del plazo de desembolsos del Programa por un máximo de 24 meses y de esa forma dar cumplimiento a los objetivos del Programa, en concordancia con la Política Nacional de Salud. Por estos motivos, la propuesta asumirá como visión contribuir a la factibilidad técnica y viabilidad política y económica del PNAI.
- 3.7. Al respecto, se acordó que el Banco, en coordinación con el MSPyBS, culminaría la elaboración de la propuesta del plan de ajuste y terminación del Programa hasta el 28 de febrero de 2005. Asimismo, a la solicitud previa del Gobierno, el BID tramitaría las aprobaciones que correspondan en marzo de ese mismo año.

C. Lineamientos de Propuesta del Plan de Ajuste y Terminación del Programa

- 3.8. Con el objeto de elaborar un primer borrador de los lineamientos de la propuesta presentada en el Anexo VI, y atendiendo a la iniciativa del señor Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de promover la complementariedad de las acciones de los organismos de cooperación internacional en el Sector, la Misión se reunió con el señor Ministro y el Equipo de Proyecto del Banco Mundial, que viene preparando un préstamo de apoyo al diseño del Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil (PNAMI), para definir los campos de intervención hacia los que se podría orientar el proceso de ajuste del Programa financiado por el BID. En ese sentido, el MSPyBS hizo entrega a la Misión de los estudios que se vienen realizando en el marco del diseño del PNAIMI. De igual manera, se acordó que el Viceministerio de Salud Pública, en coordinación con la UCP, preparará y entregará al BID, hasta el 30 de noviembre próximo, un listado de los estudios y documentos elaborados o en proceso relacionados a los lineamientos presentados en el citado Anexo VI, con el objeto de identificar toda documentación que pueda servir de insumo para el proceso de ajuste del Programa.
- 3.9. Cabe resaltar que en dicha reunión ambos Bancos expresaron su mutuo interés por trabajar, bajo el liderazgo del Ministerio, de manera coordinada y complementaria en el apoyo al diseño e implementación del PNAIMI. Asimismo, recomendaron al señor Ministro que sea una sola Unidad al interior del Ministerio la que se haga cargo de la administración de las operaciones de ambos Bancos y ratificaron su voluntad por apoyar el proceso de fortalecimiento de la estructura del Ministerio. En ese contexto, la Misión considera pertinente que la evaluación de la capacidad institucional del Ejecutor se realice durante el proceso de elaboración de la propuesta de ajuste del Programa.
- 3.10. Con el objeto de orientar el proceso de ajuste de la operación, se acordó que el plan de ajuste y terminación del Programa comprendería dos fases en un periodo de ejecución total de 24 meses. El inicio de la segunda fase estará condicionado al cumplimiento de las metas a ser acordadas para la primera fase y que deben ser alcanzadas en un periodo máximo de 12 meses. Para evaluar su cumplimiento, el Banco realizaría una misión en el momento que el MSPyBS esté en condiciones de presentar dichas metas. Asimismo, se identificaron los lineamientos iniciales para la elaboración del citado plan, los cuales se detallan a continuación:
- 3.11. La **Fase 1** se ejecutará en el 2005 y tendrá por objetivo principal el fortalecimiento institucional de todo el Sistema Nacional de Salud y en particular la adecuación de la red de servicios para garantizar condiciones de funcionamiento del Seguro de Salud Materno Infantil. Durante esta fase se mantendrán los sub-componentes originales del Componente II “Mejoramiento de la Atención Primaria en Salud” del Programa, a efectos que los ajustes enfatizen actividades que generen condiciones de factibilidad, viabilidad y sustentabilidad de dicho Seguro. Las orientaciones generales para cada sub-componente serían las siguientes:
- i. El Sub-componente 1 “Desarrollo de los Recursos Humanos” se centrará en la capacitación de los equipos locales para la puesta en marcha del Seguro de Salud Materno Infantil.

- ii. El Sub-componente 2 “Adquisición y Distribución de Medicamentos” incorporará acciones tendientes a garantizar el diseño e implementación de un sistema de gestión de suministros de medicamentos, adecuado al funcionamiento del PNAMI.
 - iii. El Sub-componente 3 “Infraestructura y Equipamiento” orientará sus actividades a fortalecer y equiparar la infraestructura para la conformación de redes de servicios de obstetricia y pediatría con niveles adecuados de resolutiveidad. Asimismo, se contemplaría el fortalecimiento del equipamiento para garantizar la cadena de frío imprescindible para la efectividad del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
 - iv. El Sub-componente 4 “Referencia y Contrarreferencia” avanzará en la jerarquización, categorización y normatización del funcionamiento de la red de servicios para un adecuado funcionamiento del PNAMI.
 - v. El Sub-componente 5 “Información, Educación y Comunicación” enfatizará el fortalecimiento de los consejos locales y regionales de salud para el control social del funcionamiento del Seguro y la difusión a la ciudadanía sobre sus derechos a las prestaciones aseguradas.
- 3.12. La **Fase 2** se realizará una vez se hayan dado por cumplidas las metas a ser previstas para la Fase 1 y tendrá por objetivo principal apoyar parte del financiamiento de las acciones y prestaciones que involucra la operación del Seguro de Salud Materno Infantil.
- 3.13. También, la Misión se reunió con la Directora General de Estadística, Encuestas y Censos, con el objeto de determinar la disponibilidad de información requerida para la determinación de la línea de base del Programa, comprometiéndose a presentar al Banco, hasta el 16 de noviembre próximo, los datos sobre las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y fecundidad, las mismas que han sido determinadas en función de los resultados del Censo 2002. Asimismo, puso a disposición del MSPyBS el informe “Pre-Censo de Establecimientos de Comercio, Industria y Servicios”, que incorpora información georreferenciada de los servicios de salud a nivel distrital, el cual es un insumo valioso para la realización del diagnóstico del estado de la red de servicios obstétricos y pediátricos.
- 3.14. Finalmente, en el Anexo VII se presenta el cuadro resumen de actividades comprometidas, plazos y responsables, cuyo cumplimiento resulta indispensable para el inicio de la elaboración de la propuesta del plan de ajuste y terminación del Programa.

Asunción, 10 de noviembre del 2004

Dr. Julio César Velásquez
Ministro de Salud Pública
y Bienestar Social

Álvaro Cubillos
Representante
Banco Interamericano de Desarrollo

Lic. Genara Duarte
Coordinadora Ejecutiva UCP-MSPyBS

Carlo Antonio Arze
Jefe de Misión

ANEXO I

COMPONENTE I. MODERNIZACION DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR

Subcomponente	Meta	Plazo previsto	Ejecutado	Observaciones
1. Fortalecimiento de la Autonomía Regional	(i) Análisis capacidades institucionales (estudio)	1999	2001	Fue desagregado en varios estudios
	(i) Análisis capacidades institucionales (taller)	2000	2004	POA 2004 incluye realización de cinco seminarios regionales y uno nacional (Adjudicado)
	(ii) Marco jurídico de los convenios de cooperación		2004	POA 2004 incluye estudio del Marco Jurídico de la descentralización (Adjudicado)
	(iii) Reglamentación del CNS y de Ley 1032	1999 Propuesta de funciones CNS		Hasta 2003 la Política de salud no avanzó en el sentido del Sistema Nacional de Salud propuesto en Ley 1032
		2000 Aprobación de legislación complementaria		
	(iv) Distribución regional y departamental de los recursos presupuestales	1999 Resolución ministerial y acuerdo con Hacienda para distribución del 10% de los recursos		2003 se incorporan compromisos de gestión pero sin criterio programático ni fórmula de distribución equitativa En 2000 se realizó estudio de “presupuestos de equidad y compromisos de gestión” En 2001 se realizó estudio de “Fortalecimiento de la gestión de recursos propios” (inconcluso)
		2000 para 20% a 30%		
		2001 para 30% a 40%		
		2002 para 40% a 50%		
		2003 más de 50%		
	(v) Regulación del sector privado	1999 Taxonomía		La UCP presentó propuestas al gabinete de realizar estudio de marco regulatorio del sector privado pero no fueron consideradas como prioridad Superintendencia creada
		2000 Marco Regulatorio		
		2001 Aprobación Legislación		
		2002 Creación de superintendencia		
	(vi) Act.difusión regional (boletín)	1999		No implementada
2. Profesional excelente	Contratación de profesionales	1999-2003	1999 2003	Fue reformulado en 2002 y nombrado “Profesionales de APS” los montos pagos y mecanismos de selección cambiaron
3. Mejoramiento de las estadísticas vitales	Diseño de sistema de información Capacitación Insumos y equipamiento	1999-2003	2004	Actividades concluidas. La misión solicitó Propuesta de marco lógico para continuidad. El subcomponente asumirá objetivos de fortalecer el sistema de información para la Gestión del PNAMI

COMPONENTE II. MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Subcomp onente	Meta	Plazo previsto	Ejecu -tado	Observaciones
1. Desarrollo de recursos humanos	200 profesionales capacitados en servicio	2000	2000	<ul style="list-style-type: none"> 75 profesionales capacitados, fueron responsables de la capacitación las Regiones Sanitarias y el MSPyBS
	400 prof. Capacitados en AIEPI	2000	2003	<ul style="list-style-type: none"> 25 profesionales Reg. Central (XI)
			2004	Se capacitó a través de la Soc. Paraguaya de Pediatría a: <ul style="list-style-type: none"> 25 profesionales y 25 promotores en Reg.Caaguazú(V) 140 prof. en Reanimación Neonatal en las cinco regiones 66 prof. en las 5 regiones +nivel central y Ñeembucú
	50 profesionales capacitados en gestión	2000	2004	<ul style="list-style-type: none"> 46 profesionales (Curso a cargo de AUPHA)
	50 profesionales capacitados en gerencia de salud reproductiva (UNFPA)	2000	2000	<ul style="list-style-type: none"> 48 profesionales en Paraguarí, Cordillera, Caaguazú, Guairá, Asunción, Canindeyú, San Pedro, Concepción, Amambay y Alto Paraná (4 regiones del programa)
		No programado	2003	<ul style="list-style-type: none"> 38 prof. Capacitados por MSPyBS en emergencias obstétricas y neonatales y Atención Calificada del Parto
			2004	<ul style="list-style-type: none"> 60 prof. Capacitados por S. Paraguaya de Ginecoobstetricia en emergencias obstétricas y neonatales y Atención Calificada del Parto
	450 parteras empíricas capacitadas	2000	2001	<ul style="list-style-type: none"> 270 empíricas de las cinco regiones capacitadas por MSPyBS
			2002	<ul style="list-style-type: none"> 54 empíricas de Caaguazú capacitadas por MSPyBS
			2004	<ul style="list-style-type: none"> 220 empíricas de las cinco regiones capacitadas por A.de Obstetras del Paraguay
	Evaluación de las capacitaciones y adquisición de mat. pedagógico	No programada	2004	<ul style="list-style-type: none"> Actividades en proceso no incluidas en el programa original
2. Mejoramiento y adquisición de medicamentos e insumos	Contratación de una empresa responsable de adquisición y distribución	2000	2002	<ul style="list-style-type: none"> Fue reformulado, se adquirieron directamente medicamentos e insumos a través de una LPI e varias LPN. Fueron distribuidos a Htales, Centros y Puestos de salud. Se incluyó también a las "Farmacias Sociales" (no contempladas en el proyecto original) Se realizó una auditoría externa del subcomponente
			2004	
3. Rehabilitación infraestructura y Equipamiento	1 Htal regional 8 centros de salud	2000	2002	<ul style="list-style-type: none"> Primer paquete concluido: 1 htal regional y 8 centros de salud
			2002	<ul style="list-style-type: none"> Segundo paquete: 1 htal regional y 2 centros de salud (en obras)
			2004	<ul style="list-style-type: none"> Tercer paquete: 3 htales regionales y 13 centros (se licitó documentación)
4. S. de Ref. C.Ref	Adquisición de sistema de radio		2004	En proceso de licitación. Será concluido en 2005
5. I.E.C	Plan Maestro de comunicación	2000		Se realizaron diversas actividades actividades puntuales

ANEXO II

Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud (PR-0028,1006/ OC-PR)

TÉRMINOS DE REFERENCIA AUDITORIA DEL SUBCOMPONENTE “ INICIATIVA DE PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”.

1. ANTECEDENTES

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la República del Paraguay suscribieron en Mayo de 1997 el Contrato de Préstamo N°1006/OC-PR para la implementación del “Programa de Reformas a la Atención Primaria en Salud”, que tiene por objetivo apoyar el proceso paulatino de modernización y reforma del sector salud para proveer servicios de buena calidad a la población paraguaya, de manera eficiente y equitativa, mediante establecimiento de incentivos y mecanismos en la Atención Primaria, orientados hacia el mejoramiento de uno de los principales problemas de salud de la población: la mortalidad materna y peri-natal.

En su formulación original el Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud contempló la iniciativa “El Profesional Excelente” (subcomponente 2 del Componente 1 del programa) con el objetivo de crear un sistema competitivo de selección de candidatos y asignación geográfica de médicos y en enfermeras en el sector. Para ello se pretendía instaurar un sistema de méritos e incentivos para la consecución y asignación de plazas en los centros y puestos de salud donde se ha demostrado un déficit en los recursos humanos existentes de acuerdo al censo realizado en 1995.

La identificación de las necesidades de recursos humanos para cada establecimiento de salud sería realizada por la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), con base en los estudios (infraestructura y redes, recursos humanos y perfil epidemiológico regional) de común acuerdo con las Secretarías de salud de las gobernaciones y las Direcciones Regionales de Salud. Cada año la lista de vacantes y de establecimientos sería publicada. Los Médicos/as seleccionados/as y contratados/as percibirían un salario 1.250 Dólares americanos para las Licenciadas en Enfermería de 800 \$ Dólares americanos.

En la formulación de la operación se contempló que el subcomponente se iniciaría con financiamiento a cargo de recursos del préstamo para luego ser asumido con recursos de contrapartida local. Al concluir el segundo año de ejecución y durante la evaluación general realizada con la presencia de las Autoridades del Ministerio, Directores/as Regionales, Secretarios/as de Salud; se plantea que el principal obstáculo para seguir con la Iniciativa era la imposibilidad de que las Gobernaciones o Municipalidades asuman compromisos de pagar el 40 % del salario a los/as profesionales. A partir de esta situación el Ministerio decide solicitar al Banco Interamericano de Desarrollo su anuencia para reformular la Iniciativa y permitir su continuidad dentro de una propuesta adaptada a la realidad nacional y al mercado laboral, buscando darle un carácter de sostenibilidad. El subcomponente fue entonces rebautizado con el nombre de “Profesionales de Atención Primaria” y pasó a ser ejecutado íntegramente con recursos de la contrapartida local.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Política Nacional de Salud asume como visión el fortalecer la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. A su vez, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay ha incorporado como prioridad el aseguramiento materno infantil en salud. Ello involucra enfrentar desafíos operativos tanto en términos financieros, de gestión y coordinación, de infraestructura y equipamiento; así como también de recursos humanos.

Por estos motivos resulta imperativo realizar un examen minucioso de los errores y aciertos cometidos en los esfuerzos desarrollados de forma conjunta por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y el Programa de Reformas a la Atención Primaria en Salud, para contar no solo con un diagnóstico de situación de la oferta y distribución de los recursos humanos en salud disponibles sino también capitalizar las lecciones aprendidas con las acciones realizadas hasta el momento.

3. OBJETIVOS

- I. *Realizar una evaluación integral de la ejecución del Subcomponente I.2 del Programa de Reformas a la Atención Primaria en Salud.*
- II. *Implementar un diagnóstico de la oferta y distribución de recursos humanos en salud del sector público en el Paraguay.*
- III. *Identificar propuestas para consolidar aciertos y corregir desvíos y distorsiones de lo realizado hasta el momento tanto desde el programa a través de la Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP/BID) como del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*
- IV. *Analizar desafíos que involucra la implementación del Seguro Materno Infantil en términos de la disponibilidad y distribución de los recursos humanos en salud.*
- V. *Proponer acciones para fortalecer la oferta de Recursos Humanos en Salud en la implementación del Seguro Materno Infantil.*

4. ACTIVIDADES

- 4.1 Firma Consultora deberá mantener reuniones de trabajo con los responsables de la Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP/BID) y Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para acordar la metodología a ser utilizada durante la consultoría, especialmente la selección de los servicios a ser visitados y los procedimientos de trabajo a ser implementados, para obtener los resultados esperados. Se espera que el estudio de auditoria solicitado incluya, al menos, tres componentes fundamentales: un análisis en el nivel central, un análisis en terreno y un componente final de diagnóstico y propuestas de fortalecimiento de la oferta de Recursos humanos para Atención Primaria de la Salud.
- 4.2 **Componente de análisis en el nivel central.** La auditoria deberá incluir actividades de relevamiento y análisis de documentación, así como entrevistas a técnicos y autoridades del programa y del Ministerio, que incluya al menos:
 - 4.2.1 *Revisión de antecedentes.* Incluyendo lo que respecta a los documentos de diseño del programa, su evaluación intermedia, las solicitudes de reformulación del subcomponente por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de la Unidad Coordinadora de Proyecto, así como la comunicación y solicitudes de no objeción al Banco Interamericano de Desarrollo, el marco normativo y procedimientos vigentes en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y en el Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud sobre las modalidades de reclutamiento y procedimientos para contratación e incorporación de recursos humanos.
 - 4.2.2 *Definición de los perfiles de necesidades de recursos humanos.* Examinando su adecuación a los objetivos del programa, en particular deberá responder: a) en qué forma y medida la definición de cargos a ser cubiertos se orientó a la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios y en particular a la reducción la mortalidad materna y peri-natal, b) como fue contemplada la equidad en la distribución regional de los recursos humanos, c) cual fue el impacto de la incorporación de los profesionales involucrados en el subcomponente sobre el acceso a los servicios y cobertura de las acciones de salud pública, d) Cual fue el impacto en la productividad de los servicios de Atención Primaria que incorporaron a los profesionales involucrados en el subcomponente, e) nivel de adecuación de los perfiles de los profesionales a ser contratados con las necesidades de los servicios, f) déficit actual de la oferta de recursos humanos en salud para dar cuenta de los desafíos que involucra alcanzar el objetivo central del programa de expandir cobertura y calidad en APS prioritariamente para el segmento materno infantil.

- 4.2.3 *Instauración de un sistema de méritos e incentivos.* Verificando aspectos como: a) los mecanismos de convocatoria y divulgación para el reclutamiento, b) los niveles de transparencia en la selección, c) los procedimientos y lapsos de tiempos hasta la efectiva contratación de los profesionales, d) nivel de adecuación de los profesionales contratados con los perfiles definidos.
- 4.3 **Componente de análisis en terreno.** La auditoria en el nivel central será complementada por un conjunto de actividades de verificación a través de la visita a los servicios que incorporaron profesionales de la salud bajo la iniciativa “Profesional Excelente” y luego “Profesionales de Atención Primaria de la Salud”. Estas visitas apuntarán a la observación directa, entrevistas con los profesionales contratados y sus supervisores y del análisis de la documentación complementaria en el nivel de los servicios. El análisis en terreno se realizará sobre una muestra que involucre, por lo menos al 70 % de los profesionales incorporados y que contemple aún representatividad de la diferencias en los niveles de atención a los que pertenecen los servicios de salud (Hospitales regionales, hospitales de distrito, Centros de Salud y Puestos de Salud). La selección de los Centros y Puestos de Salud se realizarán a través de una muestra representativa que refleje e incluya a los servicios de salud, tanto de las áreas urbanas como rurales. La auditoria en terreno deberá indagar sobre, al menos, los siguientes aspectos:
- 4.3.1 *Cumplimiento del contrato de trabajo:* a) presencia de los profesionales contratados en el marco del subcomponente, jornadas y horarios de trabajo en los servicios, b) tareas que desempeñan los profesionales contratados en el marco del subcomponente, c) percepción en tiempo y forma de la remuneración establecida en el contrato.
- 4.3.2 *Condiciones de trabajo:* a) disponibilidad de equipamiento e infraestructura, así como la correspondencia entre la incorporación de profesionales contratados en el marco del subcomponente y las inversiones en infraestructura contempladas y ejecutadas en el marco del programa (subcomponente II.3), b) disponibilidad de insumos, así como la correspondencia entre la incorporación de profesionales contratados en el marco del subcomponente y las inversiones en adquisición de medicamentos ejecutadas en el marco del programa (subcomponente II.2), c) modelo de gestión del servicio, prioridades y decisiones de las autoridades del servicio, el gobierno local o la región que afectaron, condicionaron o comprometieron el desempeño de los profesionales contratados en el marco del subcomponente.
- 4.3.3 *Impacto del subcomponente sobre los servicios.* Esto implica determinar en qué forma y medida los profesionales contratados en el marco del subcomponente permitieron expandir el acceso de la población a los servicios a través de indicadores de: a) **estructura** como ampliación de horarios de atención, expansión de tipos de servicio (especialidades) cubiertas y nuevas prestaciones incorporadas; b) **procesos** como la variación en el número de consultas, cobertura de vacunación, partos atendidos, controles del embarazo, controles del recién nacido y otras prácticas que sean consideradas pertinentes, así como el incremento en los niveles de resolutivez; c) **resultados** como reducción de la morbilidad, en particular sobre el segmento poblacional prioritario para el programa que es el materno-infantil.
- 4.4 **Componente de diagnóstico y propuestas de fortalecimiento de la oferta de Recursos humanos para Atención Primaria de la Salud.** La auditoria deberá ser complementada con un estudio diagnóstico de la situación actual de los recursos humanos en Atención Primaria de la Salud en el todas las localidades y regiones sanitarias del Paraguay. El mismo deberá incluir al menos los siguientes elementos: a) requisitos mínimos de plantel de recursos humanos en salud para garantizar la cobertura de las 78 prestaciones incluidas en el Seguro Materno Infantil en cada nivel de servicios, localidad y región; b) déficit actual de recursos en Atención Primaria de la Salud según localidades y regiones sanitarias del Paraguay en el contexto de los desafíos que involucra garantizar la cobertura de las prestaciones incluidas en Seguro Materno Infantil, c) propuestas de acciones y medidas que permitirían fortalecer la oferta de recursos Humanos en salud evitando los obstáculos y distorsiones detectados en las acciones pasadas y apuntando al cumplimiento de los objetivos del programa y a la implantación del Seguro Materno Infantil.

5. PRODUCTOS ESPERADOS

Describir en los informes las condiciones observadas o encontradas en cada actividad realizada, en el caso de las visitas de verificación expresar las fortalezas y debilidades captadas, como también mencionar las experiencias positivas válidas e implementadas en forma local, que sean consideradas posibles su diseminación a otras regiones o localidades.

- ✓ La Firma Consultora deberá entregar a la UCP un Primer Informe de Avance a los 30 días de la Firma de contrato, conteniendo lo siguiente:
 - ❖ El resultado obtenido sobre las actividades desarrolladas en los ítem 4.1 y 4.2 sobre el Diagnóstico situacional de los antecedentes, normas y procedimientos en la ejecución del subcomponente, tanto por el MSPyBS como por el Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud.
Resultado analizado de todas las actividades realizadas hasta la fecha, incluyendo lo relacionado a los relevamientos realizados y las recomendaciones sobre la situación observada.
- ✓ La Firma Consultora deberá entregar a la UCP un Segundo Informe de Avance como borrador del informe final a los 50 días de la Firma de contrato, conteniendo lo siguiente:
 - ❖ El resultado analítico obtenido de las actividades realizadas en ese periodo de tiempo, incluyendo las visitas (actividades 4.3). Un avance sobre las Conclusiones y Recomendaciones a presentar de acuerdo a la situación encontrada. Acompañado de las actas de reuniones realizadas en cada establecimiento y los nombres de los participantes.
- ✓ La Firma Consultora deberá entregar a la UCP un Tercer Informe Final a los 60 días de la Firma de contrato, conteniendo lo siguiente:
 - ❖ Consolidado de todas lo realizado y los productos obtenidos, mediante las actividades 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4)
 - ❖ Conclusiones, recomendaciones y comentarios para el Ministerio de Salud Pública.

Los Informes serán presentados en dos copias impresas y en medio magnético (programas WORD y EXCEL).

6. REQUISITOS DE LA FIRMA CONSULTORA

Deberá estar constituida, incorporada y registrada en un país elegible, para cuyo efecto presentará una Declaración Jurada (formulada por escrito, mediante una nota) que acredite el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad. La Lista de los países miembros del Banco Interamericano de Desarrollo se presenta en la Sección V Países Elegibles.

La nacionalidad de los profesionales que integran la nómina de la Firma Consultora, deberá ser también de un país elegible;

El equipo Consultor asignado por la Firma para esta Consultoría, deberá estar conformado por 3 (tres) profesionales de nivel universitario, cuya experiencia en su profesión deberá ser como mínimo, 3 años. La Firma deberá designar un profesional como líder del grupo (Consultor Principal) responsable de dirigir la consultoría en su aspecto técnico y constituirse en el referente para establecer todos los contactos con la UCP y el MSPyBS.

El Consultor principal y el equipo técnico deberán contar con un manejo fluido del idioma español y conocimiento del guaraní.

El **Consultor Principal** debe ser un profesional con título universitario (Abogado, Economista, Ingeniero, Arquitecto, Medico, Sociólogo, Educación, Administrador, Contador u otras disciplinas) preferentemente con experiencia en gerencia de empresas o instituciones prestadoras de servicios, con capacidad de liderazgo y conducción de equipos multidisciplinarios, este profesional estará disponible y en condiciones de responder a los requerimientos de la UCP y el MSPyBS cuando estas lo consideren pertinentes.

Este profesional representará al equipo en las reuniones de trabajo principalmente con los responsables de la Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP/BID) y Autoridades del Ministerio de

Salud Pública y Bienestar Social, para establecer la estrategia metodológica y de procedimientos a ser implementada.

Los profesionales acompañantes, requeridos deben ser de las áreas de:

- ✓ **Administración, Contabilidad** (con amplia experiencia en administración, manejo y control de inventarios);
- ✓ **Salud** (Médico, Licenciado en Enfermería u Obstetricia, preferentemente Especialista en Salud Pública, Atención Primaria, con experiencia en gerencia de servicios de salud).
- ✓ **Personal de apoyo**, como mínimo con estudios secundarios concluidos, preferentemente universitarios o estudiantes universitarios.

7. DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO.

*La Firma Consultora dispondrá de **sesenta (60)** días calendario, a partir de la firma del Contrato.*

8. COSTOS

El Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud, efectuará el pago correspondiente a la firma consultora adjudicada, a través de la Coordinación Administrativa-Financiera, con fondos provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo a cargo del Convenio de Préstamo 1006 OC-PR.

No se realizarán pagos por servicios que no estén avalados por un acta de Aceptación de Servicios.

Sección VII. Criterios de Evaluación

CALIFICACION DE LA FIRMA		
	Puntaje Máximo	Puntaje Total Obtenido
Experiencia Profesional Especifica	80	
Específica en el Tema de Auditoria de Gestión de Recursos Humanos		
6 o más Consultorias o asesorías realizadas	80	
De 4 a 5 Consultorias o asesorías realizadas	70	
De 2 a 3 Consultorias o asesorías realizadas	60	
Al menos 1 Consultoría o asesoría realizada	50	
Ninguna Consultoría o asesoría realizada	0	
Experiencia Profesional General	120	
En otras Consultorias o Asesorías relacionadas a la salud y/o trabajos realizados aplicando técnicas y procedimientos de Auditoría en general.		
6 o más Consultorias o asesorías realizadas	120	
De 4 a 5 Consultorias o asesorías realizadas	110	
De 2 a 3 Consultorias o asesorías realizadas	100	
Al menos 1 Consultoría o asesoría realizada	90	
Ninguna Consultoría o asesoría realizada	0	
TOTALES	200	

Observación: La experiencia de la firma consultora será calificada de la siguiente manera:

1. Todos los servicios prestados a instituciones públicas, privadas, organismos internacionales, empresas, ONG's, agencias internacionales, por contratación directa y/o sub-contrataciones realizadas.

En todos los casos se deberán presentar las documentaciones que avalen dichas experiencias (copia de los contratos, decretos, resoluciones, cartas compromisos, certificados de trabajos, etc.)
Estos documentos deberán acompañar a la propuesta, en el momento de la presentación.

ESCALA DE PUNTUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS							
1.1. RECURSOS HUMANOS	PUNTAJE DEL PERSONAL CLAVE						
	Cónsul- tor Principal	Puntaje Máximo	Puntaje otros Consultores (2)		Puntaje Máximo Individual	Puntaje Total	Puntaje Máximo
Formación Académica		30			60		90
		(1)	(1)	(1)			(3)
Título Universitario		10					
Formación de Postgrado (Máximo)		20					
Estudios de, PHD, Doctorado		10					
Estudios de Maestría		7					
Estudios de Especialización		3					
Experiencia Profesional Específica		20			40		60
Específica en el Tema de Auditoria de RRHH en salud							
3 o más Consultorias o asesorías realizadas		20					
2 Consultorias o asesorías realizadas		15					
Al menos 1 Consultoría o asesoría realizada		10					
Ninguna Consultoría o asesoría realizada		0					
Experiencia Profesional General		50			100		150
En otras Consultorias en área salud y/o trabajos realizados aplicando técnicas y procedimientos de Auditoria en general.							
4 o más Consultorias o asesorías realizadas		50					
3 Consultorias o asesorías realizadas		40					
2 Consultorias o asesorías realizadas		30					
Al menos 1 Consultoría o asesoría realizadas		20					
Ninguna Consultoría o asesoría realizada		0					
TOTALES		100			200		300

Observación: La experiencia en carácter de consultores o asesores individuales, a ser considerados para calificar son los siguientes:

1. Servicios prestados integrando equipo técnico de la firma consultora a la que representan actualmente
2. Servicios prestados integrando equipo técnico de otras firmas consultoras.
3. Servicios prestados en carácter de consultor individual, con contrato personal.

En todos los casos se deberán presentar las documentaciones que avalen dichas experiencias (copia de los contratos, decretos, resoluciones, cartas compromisos, certificados de trabajos, etc.)

Estos documentos deberán acompañar a la propuesta, en el momento de la presentación.

1.2. RESUMEN FINAL DE CALIFICACION		
RUBRO DE CALIFICACION	PUNTAJE ALCANZADO	PUNTAJE MAXIMO
1. EXPERIENCIA DE LA FIRMA	200	
1.1 Trabajos de asesoría y/o consultoría realizados sobre temas relacionados en forma específica a la Auditoria de Gestión de Medicamentos.	80	
1.2 Por Consultorias o Asesorías realizados sobre temas relacionados a la salud y/o aplicando técnicas y procedimientos de Auditorias en general.	120	
2. RECURSOS HUMANOS	300	
2.1 Formación Académica	90	
2.2 Experiencia Profesional Específica en el área	60	
2.3 Experiencias Profesionales en otras Áreas	150	
1+2 PUNTAJE TOTAL ALCANZADO	500	

ANEXO III.

Informe final para finalización de un subcomponente

El informe final será elaborado por la UCP y presentado al Banco.

De considerarlo necesario, el banco podrá solicitar esclarecimientos pertinentes, correcciones o agregados.

Al obtener la no objeción del banco al informe de haber recursos remantes asignados al subcomponente los mismos podrán ser reasignados a componentes en curso.

Estructura mínima del Informe

En el mismo serán incluidos:

- a. Objetivos,
- b. Actividades (programadas y ejecutadas,
- c. Resultados finales (esperados y obtenidos),
- d. Reformulaciones y modificaciones (incluyendo comunicaciones correspondientes al Banco y pedidos de no objeción),
- e. Nivel de cumplimiento de los indicadores comprometidos en el programa (Anexo II-2A del contrato de préstamo),
- f. Motivos del incumplimientos en los casos en que correspondiere.
- g. Lecciones aprendidas y recomendaciones a futuro.

ANEXO VI.

Matriz de actividades a ser realizadas por la UCP para dar cumplimiento al Plan de Terminación de subcomponentes del componente I.

Subcompo nente	Para dar por finalizado este subcomponente la UCP deberá...
1. Fortalecimiento de la Autonomía Regional	1. Concluir el Estudio del Marco Jurídico de la Descentralización, ya concursado y adjudicado a la firma ganadora.
	2. Desarrollar los Talleres de Fortalecimiento de la Autonomía Regional, buscando transferir los resultados acumulados en el desarrollo de este subcomponente a los actores relevantes involucrados en el proceso de descentralización en salud.
	3. Presentar para aprobación del Banco un informe final del subcomponente de acuerdo al modelo propuesto en el anexo 1.
2. Profesionales de la Atención Primaria	4. Convocar una Licitación o Contratación directa de una evaluación externa del subcomponente de acuerdo a las orientaciones para los TDR incluidas en Anexo 2.
	5. Presentar para aprobación del Banco un informe final del subcomponente de acuerdo al modelo propuesto en el anexo 1.
3. Mejoramiento de Estadísticas Vitales	6. Se presentará al Banco Una propuesta de marco lógico para dar cumplimiento al objetivo de fortalecer las estadísticas vitales. Luego el subcomponente se orientará a fortalecer el sistema de información adecuado a la gestión del Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil

Propuesta preliminar de matriz de actividades a ser realizadas por el Programa en la fase 1 de la Reformulación del Componente 2.

Subcompo nente	Actividades
1.Desarrollo de los Recursos Humanos	1. Estudio de relevamiento de la oferta de los recursos humanos en salud disponibles para la atención obstétrica y pediátrica en todas las regiones y municipios del país y diagnóstico de las necesidades de incorporación y capacitación de los Recursos humanos para un adecuado funcionamiento en red del Seguro Materno Infantil
	2. Taller nacional para construcción de consensos en el interior del MSPyBS respecto al diseño y desafíos de la implementación de la Política Nacional de Salud y en particular de la construcción del Seguro Materno Infantil, apuntando a fortalecer su factibilidad técnica
	3. Talleres descentralizados para difusión de la Política Nacional de Salud y en particular de la construcción del Seguro Materno Infantil involucrando a los actores clave del sistema, apuntando a la construcción de viabilidad política del mismo.
	4. Cursos descentralizados de capacitación y actualización de los profesionales de la salud en el tratamiento adecuado de la salud materno infantil de acuerdo a los resultados de las actividades 1 y 2.
	5. Cursos descentralizados de capacitación de los directivos de los servicios de APS para la gestión de servicios en el marco del Seguro materno Infantil y el funcionamiento en red.
	6. Cursos descentralizados de capacitación de los trabajadores de los servicios de APS para la gestión adecuada del sistema de suministro de medicamentos.

	7. Cursos descentralizados de capacitación de los cuadros técnicos y administrativos de MSPyBS en el control de gestión y operación del sistema de información para suministro de medicamentos.
2. Información, Educación y Comunicación	8. Relevamiento diagnóstico del nivel de consolidación de los consejos locales y regionales de salud en todo el territorio nacional y elaboración de un plan de fortalecimiento de los Consejos a ser consensuado con el MSPyBS
	9. Fortalecimiento de los Consejos Locales y departamentales de salud para el control social del funcionamiento del Seguro materno Infantil, según el plan consensuado con el MSPyBS.
	10. Elaboración de una propuesta de Plan de medios y campaña de comunicación social para difusión del Seguro Materno Infantil con énfasis en los derechos de los pacientes y los mecanismos disponibles de control social
3. Infraestructura y Equipamiento.	11. Finalización de las obras contratadas (paquete 2)
	12. Estudio de relevamiento y diagnóstico de la oferta de infraestructura y capacidad instalada de la red de atención obstétrica y pediátrica en todas las regiones y municipios del país
	13. Elaboración de un plan de obras y adquisición de equipamientos que adecue la red de atención obstétrica y pediátrica en todas las regiones y municipios del país para garantizar la infraestructura necesaria al Seguro Materno Infantil
	14. Readecuación de instalaciones y equipamiento de todos los servicios que integrarán la red para la gestión del suministro de medicamentos.
4. Referencia y Contrarreferencia	15. Puesta en funcionamiento del sistema radiofónico de comunicación
	16. Apoyo al MSPyBS para el desarrollo y difusión de un modelo de categorización y acreditación de los servicios que integran la red del Seguro de Salud Materno Infantil.
	17. Desarrollo participativo y convalidación de protocolos de atención clínica para las 78 prestaciones incluidas en el Seguro de Salud Materno Infantil.
	18. Desarrollo participativo y convalidación de normas de calidad adecuadas al funcionamiento los servicios que integren la red del Seguro de Salud Materno Infantil.
	19. Desarrollo participativo y convalidación del modelo de referencia y contrarreferencia para configuración de redes locales de atención adecuadas al Seguro de Salud Materno Infantil, estableciendo niveles de atención y resolutiveidad, criterios de derivación y procesos de seguimiento de pacientes.
	20. Desarrollo participativo y convalidación de un modelo de historia clínica unificado adecuados al Seguro de Salud Materno Infantil.
	21. Desarrollo de un manual de gestión del suministro de medicamentos en los servicios de APS que integrarán la red del Seguro de Salud Materno Infantil en todas las localidades del país.

5. Adquisición y Distribución de Medicamentos	22. Apoyo al MSPyBS para la elaboración del listado de medicamentos a ser adquiridos para el tratamiento de las 78 patologías y motivos de consulta cubiertos en el elenco de prestaciones asumidos por el Seguro Materno Infantil y adecuados a protocolos de atención a nivel ambulatorio y de internación.
	23. Elaboración de pliegos de licitación y adquisición centralizada de los medicamentos seleccionados en condiciones y cantidades adecuadas como para garantizar el abastecimiento de toda la red nacional de servicios que integrará el Seguro Materno Infantil, llegando hasta el nivel de hospitales regionales, durante seis meses a través de una LPI.
	24. Diseño de una propuesta de sistema de logística para la distribución de los medicamentos a cada centro de la red nacional de servicios que integrará el Seguro Materno Infantil, llegando hasta el nivel de hospitales regionales.
	25. Diseño de formularios y flujos de información para control de producción en los servicios de cada nivel, así como de recetarios y control de <i>stocks</i> de medicamentos
	26. Diseño de un sistema informatizado para control de gestión a nivel regional y nacional de las prestaciones brindadas por los servicios que integrará el Seguro Materno Infantil.

ANEXOVII.

Cuadro resumen de compromisos acordados en la misión

Compromiso	Plazo	Responsables
1. Auditoría externa sub-componente 2 “Profesional Excelente” Inicio de proceso de contratación	10/12/2004.	MSPyBS y UCP
2. Presentación propuesta integral comprometiéndose metas de mejora del registro del sub-componente 3 “Mejoramiento de las Estadísticas Vitales”	09/12/2004.	MSPyBS, UCP, Comité Técnico y DGEEC
3. Presentación informe final de la primera etapa del sub-componente Autonomía Regional.	15/01/2004	
4. Presentación informe final de la primera etapa del sub-componente Profesional Excelente.	30/03/2004	MSPyBS y UCP
5. Elaboración de la propuesta de plan de ajuste y terminación del Programa MSPyBS.	28/02/2004	MSPyBS, UCP y BID
6. Presentación listado de los estudios y documentos elaborados o en proceso relacionados a los lineamientos presentados en el Anexo VI.	30/11/2004	Viceministerio de Salud Pública y UCP.
7. Presentación de un informe de relevamiento preliminar del estado de la infraestructura y equipamiento de la red de servicios de ginecología, obstetricia y pediatría	15/02/2004.	MSPyBS y UCP
8. Presentación de información para la construcción de línea de base (datos sobre tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y fecundidad en función del Censo 2002).	16/11/2004	MSPyBS, DGEEC y UCP

ANEXO VII

Paraguay

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Banco Interamericano de Desarrollo

***Evaluación Final del Programa de Reformas
a la Atención Primaria de Salud
(Contrato BID 1006/OC-PR)***

Elaborado por:

Ing. Ricardo Bitrán, Ph.D.

Dra. Liliana Escobar



Bitrán & Asociados

Abril 2008

Contenido

1.	ANTECEDENTES.....	2
2.	OBJETIVOS.....	3
3.	METODOLOGÍA.....	5
3.1	REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROGRAMA	5
3.2	ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES.....	6
3.3	VISITAS A ESTABLECIMIENTOS	7
3.4	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA	7
3.5	FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES Y LECCIONES	7
3.6	VALIDACIÓN DEL INFORME FINAL A TRAVÉS DE UN TALLER	7
4.	RESULTADOS	9
4.1	REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN DEL PROGRAMA	9
4.1.1	<i>Contrato de préstamo</i>	<i>9</i>
4.1.2	<i>Autonomía Regional: Revisión del marco jurídico de la descentralización de la salud (CIRD, 2004)</i>	<i>10</i>
4.1.3	<i>Evaluación Intermedia.....</i>	<i>12</i>
4.1.4	<i>Plan de terminación.....</i>	<i>13</i>
4.1.5	<i>Auditoria del sistema de provisión de medicamentos.....</i>	<i>16</i>
4.2	ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES.....	17
4.3	VALIDACIÓN DEL INFORME FINAL A TRAVÉS DE UN TALLER	17
4.3.1	<i>PCSB.....</i>	<i>18</i>
4.3.2	<i>Sistema de referencia y contra-referencia</i>	<i>19</i>
4.3.3	<i>Estadísticas Vitales</i>	<i>20</i>
4.3.4	<i>Descentralización</i>	<i>20</i>
4.4	RESULTADOS GENERALES	21
4.4.1	<i>De la cronología del Programa.....</i>	<i>21</i>
4.4.2	<i>Cumplimiento global del Programa y de sus componentes y sub-componentes.....</i>	<i>21</i>
4.4.3	<i>Grado de ejecución de los recursos presupuestarios.....</i>	<i>31</i>
4.4.4	<i>Evaluación del nivel cumplimiento según la ejecución presupuestaria del Programa</i>	<i>32</i>
4.4.5	<i>Evaluación del nivel cumplimiento general del Programa</i>	<i>33</i>
4.4.6	<i>Auditoria del sistema de provisión de medicamentos e insumos, 2007.....</i>	<i>36</i>
4.5	ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA	37
4.5.1	<i>Encuesta CONE</i>	<i>37</i>
4.5.2	<i>Evaluación de estadísticas vitales</i>	<i>38</i>
4.5.3	<i>Evaluación de impacto</i>	<i>39</i>
4.5.4	<i>Propensión a consultar.....</i>	<i>39</i>
4.5.5	<i>Utilización de servicios de salud</i>	<i>40</i>
4.5.6	<i>Gasto de bolsillo</i>	<i>41</i>
5.	CONCLUSIONES.....	44
5.1	LOGROS DEL PROGRAMA	44
5.2	PROBLEMAS Y DESAFÍOS DEL PROGRAMA.....	44
5.3	LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROGRAMA: UN PRÓXIMO PROGRAMA DEBIERA:	47

Lista de tablas

TABLA 1 COMPONENTES Y SUB-COMPONENTES DEL PROGRAMA: DISEÑO ORIGINAL (1997) Y MODIFICADO SEGÚN PLAN DE TERMINACIÓN (2004)	VII
TABLA 2 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	1
TABLA 3 COMPONENTES Y SUB-COMPONENTES DEL PROGRAMA: DISEÑO ORIGINAL (1997) Y MODIFICADO SEGÚN PLAN DE TERMINACIÓN (2004)	3
TABLA 4 DOCUMENTOS SELECCIONADOS POR LA UCP/BID PARA REVISIÓN	6
TABLA 5 LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS	7
TABLA 6 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SEGÚN SUS PRINCIPIOS RECTORES	23
TABLA 7 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE I <i>MODERNIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR</i>	23
TABLA 8 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE II <i>MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA</i>	24
TABLA 9 EVALUACIÓN DEL SUB-COMPONENTE I.1 <i>FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA REGIONAL</i>	25
TABLA 10 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE I.2 <i>EL PROFESIONAL EXCELENTE</i>	27
TABLA 11 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE "MEJORAMIENTO DE ESTADÍSTICAS VITALES"	27
TABLA 12 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE "DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS"	28
TABLA 13 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE "MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS"	28
TABLA 14 EVALUACIÓN DEL SUBCOMPONENTE "REHABILITACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	30
TABLA 15 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA"	30
TABLA 16 EVALUACIÓN SUBCOMPONENTE "INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)	31
TABLA 17 GRADO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SEGÚN COMPONENTES, SUBCOMPONENTES Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO	32
TABLA 18 GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	35
TABLA 19 CUMPLIMIENTO ENCUESTA CONE AÑOS 2005 Y 2007. PARAGUAY	37
TABLA 20 NÚMERO DE ÍTEMS EVALUADOS POR ÁREA EN CONE, 2005 Y 2007	38
TABLA 21 NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL PAÍS, 2001-2005	39
TABLA 22 DEFUNCIONES ESTIMADAS Y REGISTRADAS. PARAGUAY 2001 A 2005	39
TABLA 23 TASA DE CONSULTA POR REGIONES, 1996 Y 2006 (%)	40
TABLA 24 PAGOS DE BOLSILLO EN LA ATENCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS, 1996 Y 2006 (US\$)	42

Lista de figuras

FIGURA 1 PATOLOGÍAS INCLUIDAS EN EL PCSB	15
FIGURA 2 CRONOLOGÍA DEL PROGRAMA	21
FIGURA 3 CRONOLOGÍA DEL PRESUPUESTO Y GRADO DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	31
FIGURA 4 DISPONIBILIDAD DE RECURSOS SEGÚN LA LÍNEA DE BASE DEL CONE, 2005 (%)	37
FIGURA 5 USO DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, 1996 Y 2006	40

Glosario

Programa	Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
B&A	Bitrán y Asociados
CGP	Conjunto Garantizado de Prestaciones
CIRD	Centro de Información y Recursos para el Desarrollo
CLS	Consejo Local de Salud
LPI	Licitación Pública Internacional
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
IEC	Información, Educación y Comunicación
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
LPI	Licitación Publica Internacional
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCSB	Programa de Cuidados Sanitarios Básicos
PNAMI	Programa Nacional de Aseguramiento Materno Infantil
RRHH	Recursos Humanos
UCP/BID	Unidad Coordinadora de Proyecto
WDC	Washington D.C.

Agradecimientos

El equipo consultor de Bitrán y Asociados agradece a las siguientes personas por su atenta y valiosa ayuda en el desarrollo de la presente evaluación:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr. Oscar Martínez Doldán, Ministro de Salud ○ Dra. Norma Duré de Bordón, Vice-Ministra de Salud ○ Dr. Carlos María Romero, Director de Servicios de Salud ○ Dr. Roberto Dullack, Director de Planificación y Evaluación ○ Dr. Rubén Darío Ortiz, Director Planes y Programas
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr. Hugo Flores ○ Ing. Alberto de Egea
Unidad Coordinadora de Proyectos del Banco Interamericano de Desarrollo (USP/BID)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lic. Genara Duarte, Coordinadora ○ Lic. Héctor Caballero ○ Lic. Rosa Lina Ferreira ○ Dr. Feliz Brizuela ○ Arq. Rolando Maidana ○ Abogada Ana Medina ○ Ec. Federico Tobar ○ Nilsa Gadea ○ Asunción Galeano ○ Personal UCP
Otras Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dra. Carmen Serrano, Representante OPS Paraguay ○ Dr. Agustín Carrizosa, Presidente Ejecutivo CIRD ○ Dra. Teresa León, Ex Ministra de Salud ○ Dr. Tomás Cabrera, Director III Región Sanitaria ○ Dr. Hugo Valdés, Director Hospital Ñemby

Evaluación Final del Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud (Contrato BID 1006/OC-PR)

Resumen Ejecutivo

A. Objetivos y antecedentes

El objetivo general de este trabajo fue realizar una evaluación final del Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud (Contrato de Préstamo BID 1006/OC-PR). El Programa fue desarrollado en Paraguay entre los años 1998 y 2007 y contó con un financiamiento bipartito, con una mayoría de recursos provenientes de un crédito del Banco Inter-Americano de Desarrollo y con un aporte relativamente menor proveniente del Gobierno de Paraguay.

Los objetivos específicos de la evaluación final fueron los siguientes:

1. Evaluar el diseño del Programa
2. Evaluar sus resultados
3. Verificar la pertinencia y vigencia del diagnóstico y de las hipótesis desarrolladas para su formulación
4. Verificar la consistencia de las intervenciones desarrolladas
5. Identificar las principales debilidades y restricciones presentadas durante su ejecución
6. Extraer lecciones a ser consideradas en futuras intervenciones de esta naturaleza en el sector salud

El Programa fue aprobado en mayo de 1997 y ratificado por el Congreso Nacional en julio de 1998, siendo declarado elegible para desembolsos recién en febrero de 1999. El monto original del préstamo era equivalente a US\$ 39 millones con una contrapartida local adicional de US\$ 7,6 millones, es decir un total de US\$ 46,6. Su período de ejecución era de 5 años.

El objeto del Programa fue apoyar el proceso de modernización y reforma del sector salud para proveer servicios de buena calidad a la población paraguaya, de manera eficiente y equitativa, estableciendo incentivos y mecanismos en la atención primaria, orientados hacia el mejoramiento del estado de salud principalmente por la reducción de la mortalidad materna y peri-natal.

Este Programa fue estructurado en dos grandes componentes, cada uno con múltiples sub-componentes, como se muestra a continuación:

Tabla 1 Componentes y sub-componentes del Programa: diseño original (1997) y modificado según Plan de Terminación (2004)

Componentes	Sub-componentes del Programa según		
		Diseño original (1997)	Plan de Terminación (2004)
I Modernización de la estructura organizacional del sector	I.1	Fortalecimiento de la autonomía regional	Se da por concluido
	I.2	Iniciativa <i>El Profesional Excelente</i>	Se da por concluido
	I.3	Mejoramiento de estadísticas vitales	Se mantiene igual
II Mejoramiento de la atención primaria	II.1	Desarrollo de los recursos humanos	Se focaliza la capacitación en el PCSB, con el objeto de promover un mejor cumplimiento de éste por parte de los equipos de salud.
	II.2	Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos. Sólo en 5 regiones	Se extiende el sistema de compra y distribución al nivel nacional
	II.3	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento	Se agrega adquisición de kit básico de insumos e instrumentales en el PCSB
	II.4	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia	Se indica volver a licitar un sistema de comunicaciones el que se declara desierto tras un segundo llamado.
	II.5	Información, Educación y Comunicación (IEC)	Se agrega apoyo a las campañas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y contra la rubéola.

Según lo establecido en el Convenio de Préstamo, en el año 2002 se realizó una Evaluación Intermedia. Con base en sus resultados, una misión de administración del BID realizada en noviembre de 2004 acordó dar por concluidos dos sub-componentes (I.1 *Fortalecimiento de la Autonomía Regional* y I.2 *Iniciativa El Profesional Excelente*) del Componente I. Asimismo, en dicha misión, se acordó elaborar un Plan de Terminación del Programa con la creación del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) que focaliza sus esfuerzos en la población materno-infantil, extendiendo su cobertura inicialmente definida para algunas regiones a una cobertura nacional.

B. Metodología

La metodología de la evaluación incluyó las siguientes actividades:

- Revisión de documentación del Programa, entregado por la contraparte de la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP/BID).
- Entrevistas a informantes claves identificados por la UCP/BIB.
- Visitas a establecimientos.
- Análisis y revisión del impacto en el Sistema de Salud de las acciones del Programa utilizando fuentes secundarias.
- Validación del informe final a través de un taller a efectuar en la ciudad de Asunción, Paraguay con participación de representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), UCP/BID, BID y otras instituciones.
- Formulación de recomendaciones y lecciones aprendidas.

C. Resultados

A continuación se listan las principales conclusiones de esta Evaluación Final.

1. La Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP) actual demostró una excelente capacidad de gestión del Programa, lo cual se manifiesta, a contar del 2003, en

el alto nivel de ejecución del mismo, tanto en lo relativo a la ejecución presupuestaria (96%), como al cumplimiento de actividades. Ello contrasta fuertemente con el retraso significativo que experimentó el Programa hasta el 2002, cuando la UCP se encontraba bajo otra administración.

2. Se observó un irregular nivel de cumplimiento de los subcomponentes. Destaca el cumplimiento de:
 - a. Sistema de Estadísticas Vitales
 - b. PCSB
 - c. Infraestructura
 - d. Capacitación
1. Considerando los múltiples sub-componentes del Programa y los distintos montos destinados a sus respectivos financiamientos, los consultores estimaron útil calcular un índice global de cumplimiento del Programa.¹ Como se muestra en la Tabla 2, el cumplimiento global del Programa, considerando la ejecución presupuestaria (elemento objetivo) y el grado de cumplimiento de objetivos y actividades (subjetivo), fue de un 79,4%. Si sólo se consideran los elementos subjetivos y no la ejecución presupuestaria, entonces el grado de cumplimiento global del Programa fue de un 62,8%.
3. El Programa contribuyó con un aporte significativo al mejoramiento de la salud materno-infantil de la población en todo el país, en la medida de que mejoró la capacidad de oferta (y consumo) de servicios de salud ligados al PCSB y mejoras de infraestructura. La multifactorialidad de los indicadores de salud materno-infantil y la inexistencia de datos impiden demostrar la relación causa-efecto, pero es factible atribuir alguna asociación, pues las prestaciones otorgadas en el nivel primario son altamente costo-efectivas y por ende se espera que la mayor oferta y uso de esas prestaciones sean un aporte a la salud de ese grupo poblacional.
4. Al otorgar las prestaciones contenidas en el PCSB sin cobro directo a los beneficiarios, el Programa también contribuyó al alivio de la pobreza, pues redujo de manera considerable el gasto de bolsillo de las personas en la atención de la salud.
5. Al ser expandido a todo el territorio nacional, el Programa otorgó beneficios con carácter universal. Ello contribuyó a mejorar la equidad en salud, a través de una mejor equidad tanto en la provisión como en el financiamiento.
6. El Programa financió considerables mejoras de la infraestructura y equipamiento en un alto número de establecimientos (priorizados). Ello se refleja en la evaluación del programa Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), realizada en los años 2005 y 2007 con creciente

¹ Ese índice conjuga un elemento objetivo, que es el grado de ejecución del presupuesto de cada sub-componente, con un elemento subjetivo, que es el grado de cumplimiento de ese sub-componente. Así, por ejemplo, es posible que un sub-componente hipotético haya logrado una ejecución del 100% de sus recursos financieros, pero que haya cumplido sólo en un 25% sus objetivos programáticos. Si cada factor —financiamiento y cumplimiento— fuese de igual peso (es decir, de un 50%), entonces el grado de cumplimiento de ese subcomponente habría sido de un 62,5 % (100 x 50% + 25 x 50%).

cumplimiento en los elementos evaluados en materia de infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos.

7. Mediante el sub-componente *Mejoramiento de estadísticas vitales*, el Programa logró transferir al personal del MSPyBS capacidades prácticas que permitieron mejorar de modo importante la capacidad de esa institución para registrar y analizar estadísticas vitales.
8. El Programa diseñó e implementó exitosamente un sistema de compra, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos mediante la tercerización de esas actividades con empresas privadas. Esta reingeniería de procesos creó un sistema mixto, con financiamiento público y ejecución privada, que logró de manera efectiva llevar a todos los rincones del país los insumos del PCSB. La evaluación y documentación en mayor detalle de este sistema podría arrojar luces sobre la factibilidad y conveniencia de ampliarlo, de modo de beneficiar otros procesos de compra, almacenamiento y distribución del MSPyBS.
9. Se valora la capacidad de re-direccionamiento del Programa, a pesar de la tardanza cercana a 2 años, respecto de la evaluación intermedia; pues logró consensuar actividades necesarias para el desarrollo de la salud pública del país.

D. Conclusiones

La Evaluación Final del Programa revela logros y desafíos y arroja lecciones que deben ser consideradas en el momento de definir la continuidad de las actividades financiadas por el Programa y el diseño de futuras operaciones de crédito del BID en Paraguay.

Logros del Programa

1. Varios sub-componentes del Programa fueron exitosos de manera total o parcial pues lograron todos o algunos de sus objetivos. Destacan entre ellos los siguientes: I.3. *Mejoramiento de estadísticas vitales*; II.2. *Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos*; II.3 *Rehabilitación de infraestructura y equipamiento* y II.1 *Desarrollo de los recursos humanos*:
2. A contar del 2002, una nueva administración en la UCP/BID logró inyectar dinamismo al Programa, mejorando considerablemente la gestión y logrando revertir completamente una situación de severa sub-ejecución de actividades y recursos.
3. El BID y el MSPyBS, con el apoyo operativo de la UCB/BID, lograron cambiar el curso del Programa en algunos de sus sub-componentes, dando por terminados aquellos que adolecían de defectos de diseño y creando otros. Destaca la adopción del PCSB y su exitosa extensión al nivel nacional.
4. El Programa implementó un novedoso y efectivo sistema de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos mediante contratos competitivos con empresas privadas. El éxito del PCSB ha residido de modo importante en esa innovación.

5. La operación del PCSB vino acompañada, y muy probablemente es la causa, de un aumento importante en el consumo de servicios materno-infantiles en la última década. Esa mejoría en el acceso se registró sin ambigüedad al menos en los 5 departamentos hacia los que se orientó originalmente en Programa, según lo demuestran las cifras de las encuestas de hogares. Pero adicionalmente existe evidencia de otro tipo que sugiere que esa mejoría igualmente habría ocurrido en el resto del territorio nacional donde también operó el PCSB. Esta mejoría en el acceso se traduce en un aumento de la equidad en salud en Paraguay.
6. El Programa financió construcciones y renovaciones de infraestructura y equipamiento en sus localidades priorizadas, lo que indudablemente ha contribuido al mejor funcionamiento de la red de prestadores públicos de salud.

Problemas y desafíos del Programa

1. El Programa fue de diseño excesivamente ambicioso, al intentar abarcar diversas áreas, muchas de ellas complejas de implementar por su magnitud o innovación. Esa complejidad se vio exacerbada por la realidad de un MSPyBS con recursos humanos limitados en número y capacidades y, por ende, con limitada capacidad de operación y absorción del cambio. En el futuro, operaciones de crédito de esta naturaleza debieran propender a contar con diseños menos ambiciosos y menos optimistas.
2. El desafío impuesto por el complejo diseño no estuvo acompañado inicialmente de una unidad ejecutora eficiente, lo cual se tradujo en una importante subejecución en los primeros años del Programa.

En futuros proyectos de esta naturaleza debe dimensionarse apropiadamente el nivel de esfuerzo requerido para la implementación.

3. Algunos de los componentes del Programa adolecían de un mal diseño. Ello parece haber sido el resultado de un pronóstico errado o de una visión optimista o ingenua de la evolución de las políticas de salud. Un ejemplo de esto es el subcomponente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional*, cuya viabilidad dependía de decisiones políticas fuera del ámbito del Programa y, además, con una predecible baja probabilidad de ocurrencia. Por su parte, el subcomponente II.2 *Iniciativa el Profesional Excelente*, incluía en la base de su diseño características que con altas probabilidades resultarían en conflicto, al conferir privilegios económicos y de otro tipo a los pocos profesionales que se beneficiaban de él.

Programas futuros deben prestar mayor atención al diseño de sus componentes, manteniéndolos simples y compatibles con la realidad observada, sin hacerlos dependientes de cambios externos con baja probabilidad de ocurrencia.

4. El diseño ambicioso, combinado con una unidad gestora inicialmente débil y un ministerio con alta inercia y baja capacidad de absorción del cambio, concluyeron en un Programa cuya duración se ha prolongado en el tiempo por un período que supera con creces el originalmente previsto.
 - En el futuro, operaciones de crédito como ésta no deben aspirar a resolver todos los problemas del sector, sino que sólo unos pocos y los más

prioritarios, adoptando para ello un diseño y un tamaño compatibles con las circunstancias del país.

- Convive con una UCP/BID eficiente, operando por fuera del MSPyBS, un ministerio con una limitada absorción de los principales cambios logrados
5. Por otra parte, se debe considerar que el éxito del Programa no garantiza la continuidad de sus actividades cuando es atribuible a la buena gestión de una unidad externa al MSPyBS. El BID debiera considerar internalizar en el MSPyBS la administración de un futuro programa. Aunque ello limite aún más el tamaño y complejidad del mismo, es posible que aumente las chances de que el cambio que promueva sea permanente. Incorporar a personal del MSPyBS a una UCP externa, para entrenarlos en la gestión del cambio, para luego devolverlas al MSPyBS no pareciera contribuir al objetivo de corto plazo de lograr la institucionalización del cambio. Al retornar al MSPyBS, esas personas son rápidamente absorbidas por otras responsabilidades y por otra cultura organizacional, las cuales diluyen y tornan obsoletos sus nuevos conocimientos. Un ejemplo clave de esta situación es lo que acontece con el PCSB y la necesidad de mantener y desarrollar este subcomponente exitoso.

Siendo éste un programa que ha marcado una gran diferencia en la entrega de servicios del MSPyBS a la comunidad, es vital resguardar su continuidad y mejoría del servicio. En pos de este objetivo, es positivo que el 7 de agosto de 2007 el Ministerio creó la Dirección del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (dependiente de la Dirección General de Programas de Salud), con estructura, funciones y presupuesto para 2008 aprobado. Posteriormente, el 15 de enero de 2008 se dictó una resolución que nombró al Dr. César González como Director Interino de esa unidad.

La revisión de lo ejecutado desde su creación hasta la fecha, nos da algunas evidencias de carácter pronóstico, algunas positivas como el cumplimiento de acciones tales como la publicación de la “Licitación Pública Nacional para adquisición de medicamentos”². En contraste a lo anterior, se visualizan riesgos para el buen cumplimiento del Programa porque existe una asignación presupuestaria para la continuidad del PCSB, pero no para la ampliación definida³ que se iniciaría a contar de junio de 2008 y que no contaría con financiamiento externo durante la totalidad de año en curso.⁴ Este aumento incluye ampliar los beneficios de los menores de 5 años a los menores de 10 años, a la par de incluir 10 nuevas enfermedades.⁵

Ante estos hechos adquiere mayor importancia y peso lo planteado como recomendación del BID que incluye: i) adoptar el sistema de gestión de insumos y medicamentos desarrollado por el PCSB para la gestión logística integral del sector, y ii) mantener las características del modelo en lo relativo a tipo de envases, de sistema de distribución, uso de software y supervisión capacitante.

² Según lo registrado en “Informe de Avance del PCSB”, elaborado por el Dr. César González (2 abril 2008).

³ Ídem anterior (página 3 y anexo de patologías seleccionadas).

⁴ Ayuda memoria, Misión Especial BID (27 al 30 de noviembre de 2007).

⁵ Ver detalle de enfermedades en página 46 del presente documento.

6. No obstante sus logros, el PCSB ha impuesto al personal de la salud nuevas responsabilidades. Algunas de ellas son de carácter administrativo, como el llenado de formularios por parte de los médicos y otro personal de la salud sobre el consumo de medicamentos. El registro de esa información es indispensable para la evaluación y buen funcionamiento del PCSB. Sin embargo, debe revisarse el grado de detalle de los formularios a la vez que debe considerarse la adopción de supervisión y otros incentivos positivos para el adecuado llenado de esos formularios. De igual modo se debe velar por la designación de personal suficiente para un proceso de digitación que permita contar con datos al día, útiles para la gestión y control del programa.

El exceso de burocracia puede ser contraproducente para un programa como este. Por ello, los requerimientos administrativos de iniciativas como el PCSB deben mantenerse en el mínimo indispensable. Además, deben contemplarse en el diseño mecanismos de control e incentivos para el adecuado cumplimiento por parte del personal de la salud con las demandas administrativas de estas iniciativas.

7. Aunque el Programa parece haber mejorado considerablemente el acceso a la atención y reducido los gastos de bolsillo de la población por concepto de consultas médicas, no pareciera haber contribuido a una disminución del gasto de bolsillo por concepto de medicamentos en algunas regiones, tales como Asunción y Caaguazú. Ello pudiese contravenir la mayor disponibilidad y la supuesta gratuidad de los medicamentos distribuidos bajo el PCSB, si bien ese valor no representa exclusivamente los gastos en fármacos indicados en atenciones otorgadas en la red del MSPyBS, sino que puede estar afectado por la cultura de automedicación y sobre prescripción médica. Se requiere de una investigación que permita profundizar para determinar si ese mayor gasto es una consecuencia benigna de la mayor disponibilidad de medicamentos o la existencia de prácticas inadecuadas, como la prescripción de medicamentos que no están en el PCSB, automedicación u otras causales a determinar.

La oportunidad de disponer de una línea de base en los 5 departamentos originales del Programa y de haber podido realizar una encuesta semejante al concluir el mismo, es un privilegio y refleja una preocupación por parte de sus diseñadores por disponer de información para poder evaluar el impacto del Programa. Futuros programas como este deben contemplar esfuerzos semejantes de evaluación.

8. Aunque el sistema de registro de estadísticas vitales ha experimentado grandes mejorías con el Programa, la capacidad de análisis de esas estadísticas por parte del personal del MSPyBS se mantiene precaria.

La generación de nuevos sistemas de información debe venir acompañada desde su diseño de mecanismos que la aprovechen para un mejor funcionamiento del sistema de salud. Debe también estar acompañada de capacitación permanente al personal y de incentivos que les permitan beneficiarse personalmente de la adecuada generación y aprovechamiento de la información y del oportuno retorno de la información hacia los niveles locales.

- 1.1 Lecciones a aprender: En base a los aciertos y dificultades encontradas en el desarrollo del Programa, se puede concluir que un próximo Programa debiera:
1. Mantener vigentes los principios rectores: equidad, eficiencia y calidad de la atención
 2. Ser elaborado con metas realistas, objetivos acotados y abordaje integral de los temas que permitan predecir con bajo nivel de riesgo su factibilidad de aplicación, considerando las características y ritmos de desarrollo del sector.
 3. Acotar sus objetivos a los temas prioritarios,
 4. No pretender avanzar en todos los frentes y necesidades en forma simultánea
 5. Incluir temas con análisis previo de factibilidad política de aplicación, de forma tal de no comprometer tiempo, ni esfuerzo en aquellas situaciones de baja factibilidad política
 6. Contar desde sus inicios con una UCP que cuente con el equipo profesional y técnicos con conocimientos y experiencia suficiente para desarrollar el proyecto en forma ejecutiva y eficiente, manteniendo una estrecha coordinación con el MSPyBS.
 7. Desde un punto de vista administrativo.
 - Elaborar POA anuales
 - Establecer estrecha relación con MSPyBS y los distintos niveles operativos de la red, acorde al nivel de aplicación de cada subcomponente, de forma tal de optimizar la eficacia del programa. Esto resulta vital en todo lo concerniente a recursos humanos y políticas de comunicación y difusión a la población.
 - Establecer, desde un inicio procedimientos por escrito y velar por su cumplimiento, de forma tal de evitar situaciones tales como la no aplicación del mecanismo de selección definido en el “Profesional Excelente”.
 8. Implementar mecanismos novedosos que lleven implícita una estrategia de colaboración público-privada, resguardando adecuadamente los mecanismos de control.

Tabla 2 Grado de cumplimiento del Programa

	Presupuesto modificado año 2002 (US\$)			Ejecución al 29-10-07(US\$)			Grado de ejecución del presupuesto			Participación en presupuesto ejecutado total	Cumplimiento cualitativo (%) ^b			Grado de cumplimiento general ^d
	BID	Contra-partida	Total	BID	Contra-partida	Total	BID	Contra-partida	Total		Grado de cumplimiento de objetivos	Grado de desarrollo de actividades	Grado de cumplimiento cualitativo ^c	
Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector	1.507.036	852.198	2.359.234	1.482.449	856.211	2.338.660	98%	100%	99%	6%				
Fortalecimiento de la autonomía regional ^a	523.048	-	523.048	523.048	-	523.048	100%	N.A.	100%	1%	5%	70%	37,50%	68,80%
Iniciativa "El Profesional Excelente"	585.133	836.429	1.421.562	568.996	836.429	1.405.425	97%	100%	99%	4%	10%	100%	55,00%	76,90%
Mejoramiento de estadísticas vitales	398.855	15.769	414.624	390.404	19.782	410.186	98%	125%	99%	1%	70%	90%	80,00%	89,50%
Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud	33.449.484	5.367.582	38.817.066	31.674.004	5.359.954	37.033.958	95%	100%	95%	94%				
Desarrollo de los recursos humanos ^b	794.420	73.592	868.012	771.504	54.961	826.465	97%	75%	95%	2%	70%	90%	80,00%	87,60%
Mejoramiento sistema de adquisición y distribución medicamentos, insumos INVEC	7.823.766	4.400.160	12.223.926	7.489.136	4.535.557	12.024.693	96%	103%	98%	31%	90%	100%	95,00%	96,70%
Rehabilitación e infraestructura y equipamiento	24.443.912	861.235	25.305.147	22.978.518	762.741	23.741.259	94%	89%	94%	60%	80%	90%	85,00%	89,40%
Fortalecimiento sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.	52.262	571	52.833	48.614	181	48.795	93%	32%	92%	0%	20%	20%	20%	56,00%
Información, educación y comunicación (IEC)	335.124	32.024	367.148	386.232	6.513	392.745	115%	20%	107%	1%	50%	50%	50,00%	78,50%
Totales	34.956.520	6.219.780	41.176.300	33.156.453	6.216.165	39.372.618				100%				
Participación en el financiamiento (%)	83,70%	16,30%	100,00%	-	-	-					-	-	-	-
Grado de cumplimiento (%)	-	-	-	-	-	-	95%	100%	96%		-	-	62,80%	79,40%

Notas:

a. Este sub-componente no contaba con financiamiento de Contrapartida. b. Para calcular el cumplimiento cualitativo total, se calculó el promedio aritmético entre el grado de cumplimiento de objetivos y el grado de desarrollo de actividades.

c. Para calcular el grado de cumplimiento cualitativo, se ponderó el cumplimiento de cada sub-componente por su participación porcentual en el presupuesto ejecutado total.

d. Para calcular el grado de cumplimiento general, primero se calculó el promedio aritmético entre el cumplimiento presupuestario y el cumplimiento cualitativo. Luego para obtener el grado de cumplimiento total, se ponderó el cumplimiento de cada sub-componente por su participación porcentual en el presupuesto ejecutado total.

2. Antecedentes

El Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud (Contrato de Préstamo BID 1006/OC-PR) fue aprobado por el Directorio del BID en mayo de 1997 y ratificado por el Congreso Nacional en julio de 1998. Fue declarado elegible para desembolsos en febrero de 1999. Su ejecución estuvo a cargo del MSPyBS.

El monto original del préstamo otorgado por el BID al Gobierno de Paraguay era equivalente a US\$ 39 millones.⁶ Adicionalmente, el Programa contaba con un financiamiento de contrapartida nacional equivalente a US\$ 7,6 millones. El monto total disponible para el financiamiento del Programa era, por lo tanto, de US\$ 46,6 millones y el período establecido para su ejecución era de 5 años.

El objetivo general del Programa era apoyar el proceso de modernización y reforma del sector salud para proveer servicios de buena calidad a la población paraguaya. Dicho apoyo debía promover la eficiencia y equidad en el sector salud, estableciendo para ello en la atención primaria incentivos y mecanismos orientados hacia la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

La implementación del Programa quedó en las manos de la Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP/BID), entidad creada especialmente para este fin, independiente administrativamente del MSPyBS, pero con acciones de coordinación para un trabajo conjunto. Originalmente las acciones del Programa fueron focalizadas en 5 regiones sanitarias del país (Caaguazú, Central, Cordillera, Guairá y Paraguari) cuya población hacia 1997 representaba el 44% del total nacional. En su inicio (1997) el Programa fue estructurado en dos grandes componentes y 8 sub-componentes (ver Tabla 3).

En 2002 y habiendo transcurrido ya casi 5 años desde la aprobación del Programa por parte del BID, recién se llevó a cabo la Evaluación Intermedia del Programa, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula 4.04 (a) del Convenio de Préstamo. El objetivo de la Evaluación Intermedia era conocer el estado de ejecución del Programa, verificar el grado de cumplimiento de las metas previstas, detectar problemas e introducir medidas correctivas.

Hacia finales del 2004, con el Programa aún no concluido, el BID realizó una misión de administración para evaluar el grado de avance del Programa. Como resultado de la misma y acorde con lo previsto en el Contrato de Préstamo, el BID y el MSPyBS acordaron dar por concluidos 2 de los 8 sub-componentes y elaborar un Plan de Terminación. Los dos sub-componentes que se dieron por concluidos fueron el I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional* y el I.2 *Iniciativa El Profesional Excelente*. Estos dos subcomponentes representaban aproximadamente un 4% del presupuesto del US\$ 39 millones previstos originalmente por el BID para el Programa y un 28% del presupuesto de contrapartida de US\$ 7,6 millones previstos originalmente por el Gobierno del Paraguay

⁶ El crédito del BID estaba denominada en tres monedas diferentes, dólar de los Estados Unidos, yen y euros. El monto total del crédito arriba citado y expresado en US\$, correspondía a aquel obtenido de convertir los yenes y euros a dólares a las tasas de cambio vigentes a la fecha de otorgamiento del crédito. Usando las tasas de cambio vigentes al 31 de diciembre de 1997 para convertir yenes y euros a dólares, la estructura del crédito era la siguiente: dólares 52%, yenes 24% y euros 24%.

para el Programa. Juntos, estos dos sub-componentes representaban algo menos de un 8% de presupuesto combinado (BOD + contrapartida) para el Programa.

Además de dar por concluidos dos sub-componentes, el Plan de Terminación contempló extender el ámbito de acción de dos sub-componentes del Programa, desde el nivel multirregional hacia el nivel nacional. También mantuvo intacto un sub-componente y modificó de distinto modo otros sub-componentes (ver Tabla 3).

Tabla 3 Componentes y sub-componentes del Programa: diseño original (1997) y modificado según Plan de Terminación (2004)

Componentes	Sub-componentes del Programa según		
		Diseño original (1997)	Plan de Terminación (2004)
I Modernización de la estructura organizacional del sector	I.1	Fortalecimiento de la autonomía regional	Se da por concluido
	I.2	Iniciativa <i>El Profesional Excelente</i>	Se da por concluido
	I.3	Mejoramiento de estadísticas vitales	Se mantiene igual
II Mejoramiento de la atención primaria	II.1	Desarrollo de los recursos humanos	Se focaliza la capacitación en el PCSB, con el objeto de promover un mejor cumplimiento de éste por parte de los equipos de salud.
	II.2	Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos. Sólo en 5 regiones	Se extiende el sistema de compra y distribución al nivel nacional
	II.3	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento	Se agrega adquisición de kit básico de insumos e instrumentales en el PCSB
	II.4	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia	Se indica volver a licitar un sistema de comunicaciones el que se declara desierto tras un segundo llamado.
	II.5	Información, Educación y Comunicación (IEC)	Se agrega apoyo a las campañas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y contra la rubéola.

El Plan de Terminación del Programa incorporó como prioridad la formulación e implementación de un Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) en todo el ámbito nacional. Su objetivo principal era fortalecer la oferta de servicios de salud, para consolidar en forma inmediata y gratuita la cobertura y el acceso a la atención de 13 patologías prevalentes de alto impacto en la morbi-mortalidad de madres y niños.

Desde comienzos del 2006 el PCSB ha distribuido kits de medicamentos e insumos esenciales a todos los servicios de salud del MSPyBS en el país, ha capacitado al personal de salud para el correcto tratamiento de las 13 enfermedades prevalentes y ha provisto de instrumental básico adecuado a todos los establecimientos.

3. Objetivos

El objetivo general de este estudio trabajo fue realizar una Evaluación Final del Programa. Sus objetivos específicos fueron:

- Evaluar el diseño del Programa.
- Evaluar sus resultados.
- Verificar la pertinencia y vigencia del diagnóstico e hipótesis desarrolladas para su formulación.
- Verificar la consistencia de las intervenciones desarrolladas.
- Identificar las principales debilidades y restricciones presentadas durante su ejecución.

- Identificar lecciones aprendidas a ser consideradas para futuras intervenciones en el sector.
- Extraer lecciones que faciliten la institucionalización en el MSPyBS de intervenciones desarrolladas por el Programa y cuya continuidad sea deseable.
- Identificar variables que inciden en los resultados observados, en base al análisis de los datos, por establecimientos y regiones.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la UCP/BID contrató a los evaluadores, autores de este documento, y también actuó como contraparte.

4. Metodología

La evaluación se inició en octubre de 2007 y concluirá con la aprobación de este informe. La metodología de evaluación incluyó las siguientes actividades:

- Revisión de documentación del Programa
- Entrevistas a informantes claves
- Visitas a establecimientos del MSPyBS
- Formulación de recomendaciones y lecciones
- Validación del informe final a través de un taller a efectuar en la ciudad de Asunción, Paraguay con participación de representantes del BID, el MSPyBS, la UCP/BID y otras instituciones.

Luego del taller referido en el último punto, los consultores acordaron con la contraparte de la UCP/BID y los integrantes de la misión del BID, que el Informe final fuese presentado el día 21 de diciembre 2007. Los integrantes de este acuerdo y del MSPyBS podían remitir observaciones y/o comentarios hasta el 15 de enero de 2008. Los consultores incorporarían esas observaciones en su informe. El 22 de enero de 2008 se realizaría una videoconferencia desde las oficinas de la representación BID de las ciudades de Asunción-Paraguay, Washington, DC y Santiago de Chile en la cual la UCP/BID y el BID resolverían acerca de la aprobación de este informe de evaluación.

La videoconferencia señalada se efectuó el día 31 de enero y allí se acordó que los consultores incorporarían las observaciones remitidas y presentadas durante la reunión en un nuevo informe, cuyo plazo de entrega fue el 8 de febrero de 2008. Este fue posteriormente corregido constituyendo el presente documento.

4.1 Revisión de la documentación del Programa

La contraparte de la UCP/BID seleccionó un conjunto de documentos para la revisión por parte de los evaluadores, clasificando esos documentos en principales y secundarios con el fin de priorizar la revisión (ver Tabla 4).

Tabla 4 Documentos seleccionados por la UCP/BID para revisión

Fase	Documentos principales	Documentos secundarios
Diseño	Contrato de préstamos y programación original	Informe de proyecto Marco lógico Manual operativo
Ejecución 1999 -2004	Informe Final: Revisión del Marco Jurídico de la Descentralización de la Salud (Realizado en 2004 y presentado en enero 2005) Acciones de capacitación realizadas durante la ejecución del Programa en el período 1999-2006	Ayuda memorias de misiones de administración
Revisión	Plan de Terminación	Marco lógico del Plan de Terminación
Ejecución Plan de Terminación	Plan Operativo Anual (POA) y PAC 2005 POA y PAC 2006-7	Plan de capacitación del PCSB
		Plan de supervisión capacitante
		Informes de evaluación de la capacitación desarrollada para puesta en marcha del PCSB
		Informe de resultados de la supervisión capacitante.
		Plan de sistemas
		Informes del área de operaciones
Evaluación y Auditoría	Evaluación intermedia del Programa de Reforma a la Atención Primaria de Salud	Auditoría del sistema de provisión de medicamentos e insumos (2004)
		Auditoría del sistema de provisión de medicamentos e insumos (2006)
		Evaluación de la iniciativa "Profesionales de la Atención Primaria" (2005)
	Línea de base del PCSB (2006)	Estudio domiciliario sobre percepción y consumo de servicios de salud (1996). Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE – Paraguay (2006)
	Informe de evaluación del subsistema de información de estadísticas vitales (2006).	
	Informe de evaluación de efectos del PCSB	Encuesta de utilización y gasto 2006 Estudio CONE 2007

4.2 Entrevistas a informantes claves

La contraparte también seleccionó un conjunto de individuos afiliados a distintas instituciones nacionales para ser entrevistados por los evaluadores. La siguiente tabla presenta los nombres de esas personas y su afiliación. Todas las entrevistas fueron debidamente realizadas.

Tabla 5 Lista de personas entrevistadas

Institución	Nombre	Cargo
MSPyBS	Dr. Oscar Martínez Doldán	Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
	Dra. Norma Duré de Bordón	Vice Ministra de Salud
	Dr. Rubén Darío Ortiz	Director General de Programas de Salud
	Dr. Roberto Dullack	Director General de Planificación y Evaluación
	Dr. Carlos María Romero A.	Director de Servicios de Salud
	Dr. César González	Servicios de Salud
	Dr. Tomás Cabrera	Director III Región Sanitaria
	Dr. Hugo Valdés	Director Hospital Distrital Nemby
BID/Asunción	Dra. Teresa León	Ex-Ministra de Salud
	Sr. Vladimir Radovic	Representante
UCP/BID	Sr. Alberto de Egea	Especialista
	Lic. Genara Duarte	Coordinadora Ejecutiva
	Lic. Héctor Caballero	Coordinador Administrativo Financiero
	Arq. Rolando Maidana	Coordinador de Infraestructura y Equipamiento
	Dr. Félix Brizuela	Coordinador de Operaciones
	Dra. Rosa Lina Ferreira	Asesora Técnica de la Coordinación Ejecutiva
OPS	Abog. Ana Medina	Sub-Coordinadora Interina de Contrataciones y Adquisiciones
	Dra. Carmen Serrano	Representante
CIRD	Dr. Agustín Carrizosa	Presidente Ejecutivo

4.3 Visitas a establecimientos

Los consultores visitaron los siguientes 4 establecimientos de salud del MSPyBS: el Hospital Regional Caacupé (Cordillera), que en el momento de la visita se encontraba en proceso de construcción; el Hospital Distrital de Arroyos y Esteros; el Hospital Distrital de Eusebio Ayala; y el Hospital de Ñemby. Algunas de las visitas fueron para realizar las entrevistas planificadas mientras que otras tuvieron por objeto evaluar en terreno las condiciones de operación de los nuevos establecimientos o el nivel de avance de su construcción. Las visitas a establecimientos no estaban previstas en los términos de referencia de los evaluadores. Sin embargo fueron útiles para tener un conocimiento en terreno de las características de los establecimientos que han sido construidos o renovados con los recursos del Programa.

4.4 Evaluación del impacto del Programa

Esta evaluación se realizó con información de varias fuentes, incluyendo la revisión de documentos escritos, la información recabada en las entrevistas y la observación en terreno.

4.5 Formulación de recomendaciones y lecciones

De los resultados analizados y de la información recogida a través de las entrevistas a los informantes clave se extraen las lecciones que debieran ser una base a considerar tanto por el MSPyBS ante nuevas iniciativas de cooperación internacional, así como también para el desarrollo regular de sus programas y actividades.

4.6 Validación del informe final a través de un taller

Los términos de referencia de los consultores contemplaban la realización de un taller para presentar y discutir los resultados de la evaluación. Este ocurrió durante el mes de noviembre de 2007 y contó con la participación de funcionarios del MSPyBS, de la UCP/BID, de la representación del BID en Paraguay y del BID en Washington, del

Ministerio de Hacienda, de la OPS en Paraguay, de la Secretaría Técnica y Planificación y del CIRD (Centro de Información y Recursos para el Desarrollo).

Durante el taller se organizaron grupos de trabajo que abordaron 4 ámbitos de acción, en la perspectiva de término del programa y de la factibilidad de continuidad del trabajo. Los 4 ámbitos fueron (a) el PCSB; (b) el sistema de referencia y contra-referencia; (c) el sistema de estadísticas vitales; y (d) la iniciativa de descentralización.

5. Resultados

5.1 Revisión de documentación del Programa

Esta sección presenta una revisión de los principales documentos consultados por los autores en el contexto de la evaluación. En primer lugar, se analiza el contrato del préstamo BID para el Programa. La inclusión de este documento en el primer lugar de esta sección obedece a la necesidad de comenzar la revisión con un repaso de las bases del Programa en su concepción original. La Evaluación Final materia de este informe hará referencia a esas bases, verificando el grado de cumplimiento de los objetivos del Programa.

En segundo lugar, esta sección presenta un análisis del trabajo sobre la descentralización en salud el Paraguay elaborado por el CIRD (2004). Los consultores consideraron importante revisar ese documento por cuanto pone en perspectiva los esfuerzos del Programa por descentralizar el sistema público de salud, a través del sub-componente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional*. También aporta elementos de juicio para comprender los obstáculos que enfrentó ese sub-componente en su implementación y, finalmente, su fracaso.

En tercer lugar, se presenta en esta sección el documento de la Evaluación Intermedia (Gesaworld, 2002). La relevancia de este documento reside en su importancia para identificar los problemas que se detectaron entonces con el Programa y revisar las soluciones que esos evaluadores propusieron a efecto de superar los problemas identificados. Esa evaluación intermedia complementa esta evaluación y también aporta antecedentes que facilitan la comprensión de lo que ocurrió con el Programa entre desde 2002 a la fecha.

El cuarto documento revisado en esta sección es la Auditoria del sistema de provisión de medicamentos. Su relevancia reside en el hecho que ese sistema es el corazón de los sub-componentes II.1 *Desarrollo de los recursos humanos* (que con el Plan de Terminación se focaliza en el cumplimiento del PCSB) y II.2 *Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos* (que con el Plan de Terminación se extiende al nivel nacional).

El quinto y último documento materia de revisión es el Plan de Terminación, por cuanto reconfigura al Programa y establece sus condiciones de término.

A continuación se presenta una revisión de cada uno de estos 5 documentos.

5.1.1 Contrato de préstamo

El diario oficial del Paraguay, denominado Gaceta Oficial, en su edición del 9 de julio de 1998, publicó los términos del Contrato de Préstamo 1006/OC-PR entre el Gobierno del Paraguay y el BID. En lo esencial, el Contrato:

1. Definió los siguientes dos objetivos:
 - (a) El apoyo al proceso de modernización y reforma del sector salud para proveer servicios de buena calidad, en forma eficiente y equitativa; y
 - (b) La adopción de incentivos y mecanismos para el mejoramiento de situación de salud materno-infantil.

2. Estableció la obligatoriedad de una evaluación del Programa (mediante la denominada *Evaluación Intermedia*) al cumplirse ya fuese 2 años desde su inicio o bien la ejecución del 50% de los recursos. También estableció el compromiso de mantenimiento de las obras y equipos, por al menos 8 años, desde la fecha de firma del contrato.
3. Estipuló que las reformas sectoriales se aplicarían al nivel nacional y las acciones de mejoramiento de la atención que se aplicarían sólo al nivel local en los 5 departamentos siguientes: Central, Caaguazú, Cordillera, Paraguarí y Guairá.
4. Incluyó un sistema de seguimiento y evaluación con indicadores de monitoreo.
5. Formuló los componentes del Programa.

5.1.2 Autonomía Regional: Revisión del marco jurídico de la descentralización de la salud (CIRD, 2004)

A finales de 1996 el BID publicó un Informe de Proyecto que dio nacimiento al Programa. Allí se enumeraban las actividades que debían ser parte del sub-componente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional* contemplaba. Éstas incluían las siguientes:

1. Analizar y mejorar las capacidades institucionales de las entidades públicas de salud en los niveles central y regional;
2. Desarrollar un marco jurídico que promoviese el establecimiento de convenios de cooperación y contratos entre entidades centrales y locales, tanto públicas como privadas;
3. Hacer efectivo el rol del Consejo Nacional de Salud;
4. Diseñar e implementar una fórmula para la asignación en el sistema público de salud de recursos financieros desde el nivel central a los niveles locales; y
5. Establecer convenios de gestión desde los niveles superiores a los niveles locales y de los proveedores para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos para la salud.

Las actividades enumeradas suponían un avance progresivo y una consolidación del proceso de descentralización en salud iniciado en 1989. Sin embargo, las dificultades que surgieron en la implementación del sub-componente I.1 motivaron el estudio sobre descentralización realizado por el CIRD (2004). En efecto, dicho estudio buscaba evaluar en qué grado el sistema de salud efectivamente había avanzado en el proceso descentralizador en un esfuerzo por comprender las causas del escaso y lento progreso de las actividades de este sub-componente.

Los autores dispusieron de diversos insumos para la elaboración de su estudio, incluyendo: seminarios departamentales sobre descentralización de la salud organizados por el MSPyBS y por la UCP-BID y la organización COPLANEA (departamentos de Caaguazú, Paraguarí, Guairá, Cordillera, Central y Asunción); entrevistas con actores clave del sector salud en el país; reuniones con autoridades locales y miembros de algunos CLS; revisión de proyectos de leyes de descentralización; y un seminario nacional sobre el tema de la descentralización en salud.

Las conclusiones del estudio del CIRD fueron poco auspiciosas, como lo refleja el principal hallazgo de ese trabajo:

“Se debe aclarar que no se está frente a un proceso que aún pueda ser definido como descentralizador, desde el momento que no existe expresa transferencia de competencias ni asignación de recursos genuinos. Esto es así porque el proceso se basa esencialmente en empíricos acuerdos entre el gobierno central y los gobiernos locales, en virtud de los cuales el primero transfiere la gestión de los Centros de Salud, sin que exista un marco legal que establezca con claridad la distribución de competencias y responsabilidades. [...] la permanencia en el tiempo de este modelo, dependiente casi exclusivamente de la voluntad del Poder Ejecutivo, refleja su fragilidad y dificulta el afianzamiento y la profundización del proceso descentralizador de la salud”.

Otras conclusiones del estudio son las siguientes:

- Desconocimiento del marco jurídico relativo a la descentralización;
- Insuficiente definición de roles de los diferentes actores del proceso;
- Deficiente comunicación inter-institucional;
- Carencia o insuficiencia de recursos presupuestarios del MSPyBS, y de los gobiernos departamentales y municipales.
- Debilidad en materia normativa y reguladora del proceso;
- Necesidad de capacitación y concientización de los diferentes actores;
- Incertidumbre respecto de la estabilidad de los funcionarios públicos del MSPyBS, en el marco del proceso de descentralización.

En su documento, el CIRD también hizo notar que hacia el 2004 se habían elaborado 4 anteproyectos de ley de descentralización y que ninguno de ellos fue estudiado en el Parlamento, ni siquiera en las comisiones específicas. Además, puntualizó que los 4 anteproyectos tenían una débil definición de la función rectora del MSPyBS, deficiencia que podría llevar a la atomización y fragmentación del sector, con malos resultados finales en salud.

El documento del CIRD se abocó a una revisión detallada del marco constitucional de la descentralización –la ley N° 1.032/96 y sus decretos reglamentarios números 19.966, 21.376 y 22.385 que se enumeran y resumen a continuación:

Ley 1.032/96. Más que una ley de descentralización de la salud, el consultor del CIRD la definió como una ley que pretende promover la participación comunitaria y ciudadana; el trabajo intersectorial en el sector salud; y la cogestión público-privada al nivel local de los servicios de atención a la salud del MSPyBS (hospitales, centros y puesto de salud), a través de los municipios y los CLS. Distinguió en esta ley cuatro ejes temáticos (a) el Sistema Nacional de Salud, su definición, su finalidad y organización; (b) Las llamadas “Instituciones del Sistema” (“*integradas o incorporadas*” y “*adscriptas o coordinadas*”); (c) los concejos de salud, nacional, regionales y locales: su definición, naturaleza jurídica, funciones y competencias; y (d) la evaluación de la ley, desde una óptica político-sanitaria, resaltando sus potencialidades y debilidades, a fin de avanzar hacia la gradual descentralización del sector salud en el Paraguay. Según ese autor, la mayor falencia de esta ley reside en su indefinición de las fuentes de financiamiento del Sistema Nacional de Salud, especialmente de los CLS. La ley también es poco clara en cuanto a los roles, funciones y competencias de cada nivel de gobierno, y los mecanismos efectivos de delegación de competencias. La ley otorga al sistema público de salud un rol

relevante y le atribuye objetivos ambiciosos, pero en contrapartida no establece competencias que permitan a sus órganos directivos llevar a la práctica estas metas. Es decir, las responsabilidades no van acompañadas de la necesaria competencia rectora.

En el documento, el consultor del CIRD también presenta una cronología de acuerdos legales firmados entre el MSPyBS y gobiernos o autoridades locales con el fin de avanzar en el proceso de la descentralización. Distingue los siguientes tres períodos:

Primer período (1998-2001). En 1998 se firmaron 23 acuerdos entre el MSPyBS, los gobiernos municipales y los Consejos Locales de Salud (CLS). En 1999 se firmaron 17 acuerdos más. Adicionalmente, se modificó la cláusula que permitía el manejo local de recursos y se introdujeron los concursos para la designación de los administradores locales (en la práctica dicha designación no ocurrió).

Segundo período (2002-2003). Se firmó un convenio de cooperación para la prestación de servicios de salud entre el MSPyBS, la Municipalidad de Fram, el CLS de Fram y la Gobernación de Itapúa. Este fue el modelo más exitoso e innovador. El CLS de Fram se constituyó en asociación civil sin fines de lucro y con capacidad restringida, y obtuvo su RUC; introdujo en sus estatutos la figura de la sindicatura, además de una contraloría ciudadana, a la que denomina Grupo de Control y Verificación Ciudadana. En Fram se elaboró un diagnóstico de salud local en forma participativa, se llevó a cabo un censo socio-comunitario, se definió un paquete básico de salud y se estableció un seguro comunitario. Para ampliar la oferta de servicios de salud locales, también se introdujo la modalidad de subcontrataciones del sector público con el sector privado, a través del CLS, y acuerdos específicos para solventar servicios en otros niveles de complejidad del MSPyBS.

Tercer Período (2004). Se amplió el proceso a los departamentos de Itapúa, Presidente Hayes, Amambay, Misiones y Caaguazú, con la firma de los respectivos convenios.

Finalmente, a la luz de las falencias legales identificadas, el consultor del CIRD incluyó en su informe una propuesta de modificación de la Ley 1.032, de forma tal de hacerla aplicable para una descentralización efectiva y rápida. Además, recalcó que la identificación de recursos y la definición de los mecanismos de transferencia de los mismos son aspectos estratégicos aún no resueltos pero imprescindibles para permitir la descentralización.

5.1.3 Evaluación Intermedia

Fue desarrollada por la empresa consultora Gesaworld en el año 2002. Sus objetivos eran:

1. Evaluar el estado de ejecución del Programa
2. Verificar el cumplimiento de metas
3. Detectar problemas
4. Introducir medidas correctivas
5. Elaborar un plan de trabajo con metas trimestrales
6. Definir acciones para áreas con retraso.

A continuación se listan los principales resultados de dicha evaluación:

- Hubo un importante retraso en el inicio de actividades del Programa—el Programa fue ratificado por el Congreso Nacional en julio de 1998, pero inició sus actividades sólo a contar del 2000.
- Se detectó una falta de elaboración de instrumentos integrados de planificación.
- La ejecución presupuestaria era de apenas un 23%, con un menor aporte nacional que el comprometido.
- Sólo habían 29 establecimientos con médicos y enfermeras beneficiarios del sub-componente I.2, *El Profesional Excelente* y, a la fecha de la Evaluación Intermedia ya se habían agotado los recursos financieros y el respaldo institucional para asegurar su continuidad.
- El componente de Estadísticas vitales no se había iniciado.
- No se habían formulado estrategias para fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia.
- Habían mejorías en el sistema de adquisición y distribución de medicamentos.
- A la fecha se había rehabilitado y/o ampliado 1 hospital regional, 8 hospitales distritales y un centro de salud.
- Había un cumplimiento adecuado de las actividades de educación y difusión
- Se verificaba un cumplimiento parcial de las actividades de capacitación.

Las principales recomendaciones efectuadas en la evaluación intermedia fueron:

- Focalizar el Programa en la mejora de la Atención Primaria y coordinación con hospitales
- Centrar la inversión en puestos de salud, especialmente en el ámbito materno-infantil
- Priorizar los problemas de salud
- Enfocar el Programa al diseño e implantación de instrumentos de control de gestión
- Desarrollar instrumentos informáticos para el control de los medicamentos
- Fortalecer la estrategia de desarrollo del recurso humano
- Definir un conjunto de indicadores para el seguimiento integral
- Evaluar el incremento de profesionales en UCP regional

Como resultado de una revisión y análisis sobre el avance en la ejecución del proyecto, realizado entre el BID y las autoridades del MSPyBS durante una Misión de Administración acordaron, en el 2004, dar por concluidos los sub-componentes: I.2 *Fortalecimiento de la autonomía regional* y I.3 *Iniciativa Profesional Excelente*. Además, acordaron elaborar un Plan de Terminación del Programa, con prioridad en la formulación e implementación del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB).

5.1.4 Plan de terminación

En el año 2003 el MSPyBS publicó la “Política Nacional de Salud del Gobierno Nicanor Duarte Frutos 2003-2008”. Al año siguiente el Gobierno elaboró el documento “Estrategia Nacional de lucha contra la Pobreza”, que incluía la “generación de

oportunidades” orientada a promover el acceso igualitario a las necesidades básicas y entre ellas, la vida saludable.

Puesto que otra prioridad era la reducción del gasto de bolsillo, se instituyó la distribución de kits de partos, gratuidad de consultas a las embarazadas y la formulación del PNAMI (CGP)

Este plan está alineado con las Metas del Milenio que establecen la disminución en dos tercios de la mortalidad de menores de 5 años y la disminución de la mortalidad materna a la mitad.

A continuación se describen los sub-componentes y actividades objeto de rediseño del Programa según el Plan de Terminación

Mejoramiento estadísticas vitales: El Departamento de Bioestadísticas del nivel central y las 18 regiones sanitarias fueron fortalecidas con infraestructura adecuada. Los recursos humanos (RRHH) fueron capacitados en el registro de datos, la codificación de diagnósticos según CIE X y en el uso paquetes estadísticos para análisis. Se efectuó además la sensibilización de funcionarios y comunidad acerca de registros vitales. Se estableció un modelo de monitoreo, control y evaluación.

Adquisición y distribución de medicamentos: Se diseñó y construyó un nuevo modelo de gestión de los suministros, se elaboró un listado único de medicamentos a cubrir, se desarrolló un modelo de programación, se diseñó e implementó un nuevo proceso de distribución. También se diseñó e implementó un sistema de información y además se hizo una incorporación progresiva del kit de partos

Infraestructura y equipamiento

- Conclusión del Plan de obras remanentes
- Equipamiento de maternidades e infancia en centros construidos o refaccionados por el Programa
- Adquisición y distribución de kit básico de medicamentos e instrumentales
- Mejoramiento de la capacidad instalada del primer nivel de atención, priorizando los puestos de salud
- Equipamiento de los centros de referencia para garantizar resolutiveidad
- Fortalecimiento de la capacidad de mantenimiento del MSPyBS

Desarrollo de los Recursos Humanos. Capacitación para buen cumplimiento de PCSB incluyendo:

Profesionales y trabajadores para puesta en marcha

Curso centralizado de capacitación a directivos regionales para adecuada gestión de medicamentos

Talleres para promover programación local

Mejoramiento del sistema de referencia y contra-referencia: Originalmente consistía en la instalación de una red de radiocomunicación. La primera licitación efectuada se declaró desierta y en el Plan de Terminación se determinó realizar una nueva licitación la que también fue declarada desierta. A la par de lo anterior, se diseñó efectuar una consultoría en radiocomunicación y la fiscalización para el seguimiento y

monitoreo durante la implementación. Por cierto, tales componentes no fueron desarrollados y de común acuerdo, en febrero de 2006 se concreta la resolución que hiciera el Gobierno en cuanto a devolver parte de los fondos comprometidos para ese subcomponente del Programa (US\$ 252.000)⁷, en el contexto de la devolución de un total de US\$ 1.000.000.

Información, educación y comunicación: Esto incluía una Campaña masiva de difusión, y se redefine brindar apoyo a campañas que involucra el PAI y de erradicación de la rubéola.

Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB): Como una estrategia para dar cumplimiento al objetivo general del programa de fortalecimiento a la Atención Primaria, el Plan de Terminación apuntó a fortalecer la oferta y consolidar el acceso y la cobertura nacional de este programa de cuidados básicos que den respuesta las necesidades asistenciales de 13 enfermedades de alta prevalencia en el binomio madre-hijo

Sus objetivos son “*Garantizar el acceso de las embarazadas y niños y niñas menores de 5 años a los cuidados más importantes para su salud*”

En este plan de terminación se seleccionaron 13 patologías a ser cubiertas en la población materno-infantil, las que según los registros de morbilidad del Departamento de Bioestadística del MSPyBS representaban las atenciones de un total de 611.388 niños y de 91.613 embarazadas⁸ y que se muestran en siguiente figura.

Figura 1 Patologías incluidas en el PCSB

Niños:	Embarazadas
<ul style="list-style-type: none"> • Anemia parásito nutricional • Diarrea sin deshidratación • Diarrea infecciosa • IRA no neumonía • Neumonía leve • Parasitosis intestinal • Pediculosis • Escabiosis • Sífilis • Conjuntivitis del RN • Total: 611.388 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia parásito nutricional • Diarrea sin deshidratación • Pre eclampsia y eclampsia • Diabetes en embarazadas • Hemorragia en embarazadas • Embarazo con riesgo de Prematurez • Infección Puerperal • Sífilis • Total: 91.63

A través del PCSB se busca garantizar el acceso oportuno y gratuito a medicamentos e insumos necesarios para el manejo de estas 13 patologías seleccionadas. Es un Programa con cobertura nacional y su población objetivo anual es

⁷ Según lo definido en documento CPR/C/2006/358 del 8 de febrero de 2006 del Representante del BID al Ministro de Hacienda.

⁸ Plan de Terminación, versión ajustada. MSPyBS /BID/UCP-BID; Mayo de 2005

de 100.000 embarazadas y 800.000 menores de 5 años. Su definición se basó en el CONE y AIEPI (ver tabla anterior).

Implementación del PCSB: Se adquirieron y distribuyeron desde febrero del año 2006 los kits de fármacos e insumos esenciales. Paralelamente se capacitó al personal sobre las 13 enfermedades incluidas.

El Programa posteriormente, asumió también la responsabilidad en la adquisición y distribución de los kits de parto normal y cesárea.

Adicionalmente en el plan de terminación se incorporan cambios en la operativa de la UCP, realizando **Ajustes al Mecanismo de Ejecución del Programa**: El MSPyBS es el organismo ejecutor del Programa, por medio de la UCP, la que a contar de esa fecha fue reestructurada definiéndose unidades operativas y programáticas. Las operativas fueron:

- Dirección ejecutiva
- Unidad de administración y Finanzas
- Unidad de adquisiciones
- Unidad de sistemas de información

Las programáticas:

- Unidad Operaciones
- Unidad de infraestructura y equipamiento
- Unidad de capacitación y supervisión

5.1.5 Auditoria del sistema de provisión de medicamentos

Según lo expuesto en las conclusiones de un estudio⁹ efectuado en el año 2007, en lo relativo al impacto social del PCSB se plantea que: *“se puede presumir que el PCSB ha contribuido en su medida para disminuir los altos índices de morbilidad infantil y en embarazadas. La provisión efectiva, oportuna y gratuita de medicamentos, evita el agravamiento y la complicación de las enfermedades, lo que eventualmente implicaría mayores erogaciones en recursos humanos, hospitalarios y costos de medicamentos más complejos y de mayor efectividad”. Salvo pocas excepciones, normalmente los medicamentos se disponen en tiempo oportuno, de acuerdo al programa pre-establecido por la UCP-BID, y se distribuyen gratuitamente*

Desde la perspectiva de la administración del PCSB, plantea que *“el uso del sistema de gestión de suministros, aunque está bastante avanzado, no es completo ni está íntegramente disponible para el usuario final”*. Además existe falta de personal de operación y digitación, ante el volumen y velocidad de los datos recibidos, como también retraso de la remisión de los formularios por parte de los establecimientos de salud.

Adicionalmente, existirían falencias en el llenado de formularios por aparente falta de capacitación, voluntad y/o atención del personal perteneciente a las Unidades de Salud,

⁹ Informe Final “Servicio de Auditoria del Sistema de Provisión de Medicamentos e Insumos” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS)

específicamente en lo relativo al registro diario de entrega de medicamentos, control mensual de stock de medicamentos y recetario único.

5.2 Entrevistas a informantes claves

Como se dijo en el capítulo metodológico, los autores de esta Evaluación Final llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con un cuestionario cuyo detalle se encuentra en anexo A. Los principales hallazgos de esas entrevistas se enumeran a continuación.

1. Los objetivos del Programa fueron muy diversos, múltiples y excesivamente ambiciosos.
2. La implementación del Programa fue inicialmente tardía y lenta debido a limitaciones en la capacidad operativa de quienes inicialmente tuvieron esa responsabilidad.
3. Hubieron, además, problemas operativos y legales relacionados con la documentación que demostraba la propiedad del MSPyBS de los predios para la construcción de establecimientos. También hubo cambios políticos a nivel ministerial que retrasaron las decisiones, tanto así que durante el periodo de ejecución del Programa Paraguay tuvo 5 ministros de Salud Pública¹⁰.
4. El Programa también sufrió retrasos por problemas en su direccionamiento y gestión. Ello en parte se debió a la existencia de normas específicas de ejecución, propias de proyectos de este tipo financiados por el BID, pero distintas a las normas y procedimientos del MSPyBS. Superar estas diferencias requirió de un proceso mutuo de aprendizaje, tanto en la UCP/BID como en el MSPyBS.
5. El Plan de Terminación, fue bien valorado, en parte por la extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud, desde el nivel regional hacia el nivel nacional.
6. Los mayores logros del Programa estuvieron en el sub-componente I.3 *Mejoramiento de estadísticas vitales* y en los sub-componentes relacionados con el PCSB (II.1, II.2 y II.3).

5.3 Validación del informe final a través de un taller

Este taller se efectuó en la ciudad de Asunción, el día 28 de noviembre de 2007 y en éste se organizaron grupos de trabajo que abordaron 4 ámbitos de acción:

1. PCSB
2. Sistema de referencia y contra-referencia
3. Estadísticas Vitales
4. Descentralización

A continuación se presentan *en cursiva* las preguntas planteadas por los evaluadores a los grupos de trabajo seguidas inmediatamente de una síntesis de las respuestas obtenidas.

10 Ministros de Salud: Dr. Martín Antonio Chiola V. 25-03-1999/Dr. José Antonio Mayans 06-01-2003/Dr. Julio César Velázquez Tillería 15-08-2003/Dra.Teresa León Mendaro (mayo/2005)/ Dr.Oscar Martínez Doldán (junio/2006

5.3.1 PCSB

¿Cómo asegurar la sustentabilidad financiera y operativa del PCSB?

Debiera crearse una instancia operativa específica dentro del MSPyBS con su respectivo gerente y funcionarios, todos ellos de dedicación exclusiva a esta iniciativa. Del mismo modo, debiera crearse dentro del presupuesto regular del MSPyBS un rubro presupuestario específico para el financiamiento del PCSB.¹¹

¿Cómo asegurar la absorción de diversas actividades del Programa por el MSPyBS, como parte integral de su mandato y de su operación habitual?

- (a) Es indispensable que los funcionarios del MSPyBS cuenten con un programa de capacitación permanente que les permita adquirir y mantener los conocimientos requeridos para desempeñar adecuadamente esas nuevas actividades.
- (b) Adicionalmente, para asegurar la continuidad y calidad de las actividades es indispensable que el MSPyBS opere un sistema de monitoreo y control permanente del desempeño.
- (c) Los funcionarios encargados de esas actividades debieran estar sometidos a una supervisión “capacitante” (es decir, que transfiera conocimientos a la vez que supervisa y que no tenga un componente punitivo).
- (d) Para lograr un buen desempeño de las actividades, es deseable que el MSPyBS adopte sistemas de incentivos para el equipo de salud y otros responsables directos de esas actividades.

¿Cómo asegurar el mantenimiento y la disponibilidad de la infraestructura, el equipamiento de apoyo y los medicamentos e insumos para el PCSB?

- (a) Es necesario generar alianzas estratégicas con los municipios (en el marco de la descentralización) para que ellos adquieran responsabilidades en el mantenimiento de esos activos.
- (b) Se requiere la adopción de incentivos para los médicos para que estén dispuestos a completar adecuadamente los formularios y cumplir con otros requerimientos administrativos del PCSB.
- (c) Se deben simplificar los formularios administrativos asociados con el PCSB, como por ejemplo el recetario único.
- (d) Es necesaria la coordinación intra-ministerial, puesto que el buen funcionamiento del PCSB requiere para su logística de insumos de otros sectores, como por ejemplo las carreteras y las comunicaciones.
- (e) Será difícil que el MSPyBS pueda reemplazar a los contratistas privados hoy a cargo de la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos del PSBC. En efecto, el MSPyBS adolece de esas capacidades tanto en los aspectos gerenciales como en los logísticos (por ejemplo, el MSPyBS hoy no posee la capacidad física de almacenamiento que el PCSB requiere—actualmente el MSPyBS gasta sumas considerables en el arriendo de bodegas de depósito). Al nivel regional, el MSPyBS tampoco cuenta con las condiciones y recursos necesarios para la distribución de medicamentos e insumos (por ejemplo, falta de vehículos, gasolina, personal). Por todo lo

¹¹ En la discusión de este punto, se plantea que esa instancia debiera estar al interior del Departamento de Programas.

anterior, para asegurar la sustentabilidad del PCSB, será indispensable que esas funciones se mantengan fuera de esa institución.

- (f) Si al concluir el Programa la gestión del PCSB se integrase al MSPyBS, por resolución pasaría a depender de la División de Programas, con respaldo de Planificación y Presupuestos. Al ocurrir esa integración, sería posible ampliar el ámbito del PCSB, cubriendo otras patologías y otros grupos poblacionales.
- (g) Resulta crítico que la gestión de los medicamentos e insumos sea eficiente y por esto cabe considerar lo publicado por Management Sciences for Health (MSH) que concluyó que un programa de suministros típico (compra descentralizada, con licitaciones nacionales entre otras características) obtiene un beneficio terapéutico parcial, equivalente solo a un tercio de la inversión, es decir por cada millón de dólares invertidos en medicamentos, sólo US\$ 300.000 se concretan en beneficios para la población. Esta diferencia se debe a factores tales como: falta de selección cuidadosa, cuantificación incorrecta, adquisición de precios elevados, deficiente calidad, robos, pérdidas por almacenamiento inadecuado, vencimiento de los productos, prescripción irracional, y utilización inadecuada por parte de los pacientes.¹² Por esta razón al incursionar el Paraguay en una metodología de selección, compra y distribución diferente y demostradamente más eficiente está asegurando un mayor beneficio a su población.

5.3.2 Sistema de referencia y contra-referencia

¿Cómo desarrollar un sistema operativo con base en las definiciones ya realizadas?

- (a) Existe consenso de que es indispensable la decisión política para su implementación. Ese sistema debiera manejar las urgencias, así como también las derivaciones “electivas”.
- (b) Las normas elaboradas para el funcionamiento en red se deben socializar y poner en práctica. Además, se deben designar responsables en cada servicio para efectuar el seguimiento y control de cumplimiento de esas normas.
- (c) Para el buen funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia, se requiere un compromiso comunitario con la participación de instituciones tales como: Policía, Bomberos, Iglesia, municipios, radios locales, sistema de transporte público, etc.
- (d) Es necesario redimensionar los servicios del MSPyBS y definir adecuadamente la capacidad resolutive que se requiere y existe en cada nivel del sistema.

¿Qué otros elementos críticos, más allá de un sistema de radiocomunicaciones, se requiere?

- (a) Sería conveniente que el sistema funcione en base telefonía celular, lo que si bien requiere de un presupuesto explícito para hacerlo sostenible, le da mayor factibilidad a su ejecución.

¹² Información presentada por el consultor Federico Tobar durante el taller en base a Management Sciences for Health: La gestión de suministros de medicamentos: selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos. 2ª. edición español. Boston, 2002

- (b) Además, el sistema de referencia y contra-referencia debe incluir un sistema de supervisión y seguimiento del cumplimiento de las normas.

¿Debe el sistema de referencia y contra-referencia incluir un sistema de transporte?

Sí, es necesario, pues el gasto de bolsillo que deben incurrir las personas para su transporte es crítico en su decisión de recurrir a la atención de salud.

5.3.3 Estadísticas Vitales

¿Es suficiente el avance logrado?,

Se ha logrado un avance importante en esta materia, pero faltan recursos humanos y se observa alta rotación del personal capacitado en el tema, generando una pérdida y un desgaste en nueva capacitación.

¿Falta capacitación en análisis de los datos?,

No se considera un tema crítico.

¿Se podría usar esta experiencia para mejorar otras estadísticas en salud al interior del MSPyBS?

El proceso ha sido enriquecedor para el equipo involucrado. Para mejorar aún más los registros de nacimientos debieran diseñarse incentivos dirigidos a la población (ejemplo: asignación familiar). De hecho, una parte de los nacimientos ocurre fuera del territorio nacional, en países limítrofes, porque presentan un mejor acceso a la atención de salud. Esos nacimientos actualmente no son registrados por el sistema.

5.3.4 Descentralización

¿Es necesaria la descentralización del sector salud?

Es unánime la opinión de que sí es necesaria, pero para ello deben cambiar los actores políticos, pues los actuales no la apoyan.

¿Es políticamente viable esto a futuro?

- (a) Sí, es viable. Actualmente sólo existe desconcentración (Ley N° 1.032), con problemas administrativos que la “ley nueva” (N° 3.007) tiende a disminuir al autorizar el uso de fondos por los niveles locales.
- (b) Abordar los problemas de salud de la población es una responsabilidad que debe ser compartida por todos los niveles, en lugar de ser sólo responsabilidad del nivel central. Pero la acción local es difícil pues requiere de una distribución de los recursos para la salud que sea territorialmente equitativa (por ejemplo, al ser relativamente más pobre, la Zona Occidental debiera disponer de mayores recursos públicos per cápita para los servicios de salud que las demás zonas).
- (c) La Política Nacional de Salud se basa en la descentralización, pero los niveles superiores de gobierno no quieren hablar de descentralización pues ella implica una delegación del poder. Sólo en la medida de que los niveles locales presionen por obtener mayor autonomía será posible que la descentralización se concrete.
- (d) Existe un doble discurso por parte de las autoridades: dicen desear la descentralización, pero ésta no se concreta porque su adopción es vista como una renuncia de poder por parte del nivel central, en beneficio del nivel local.

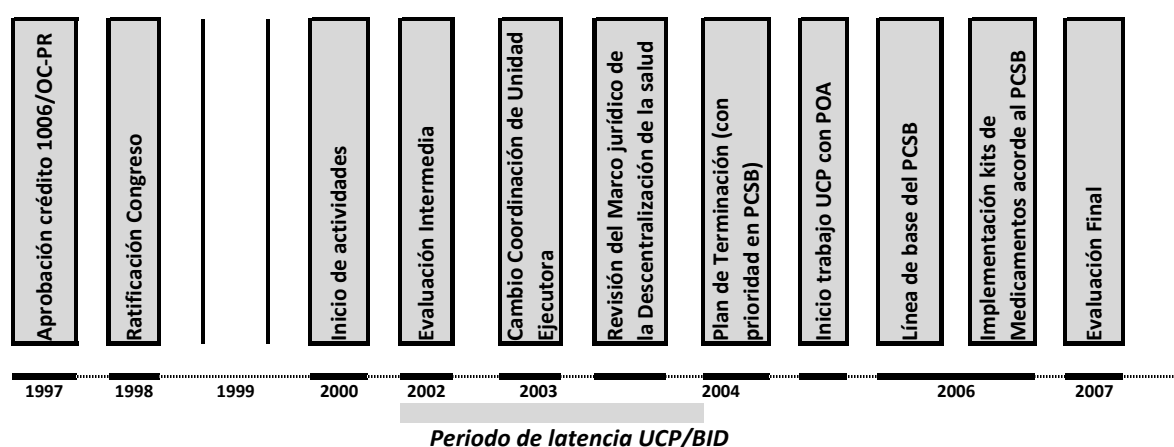
5.4 Resultados generales

5.4.1 De la cronología del Programa

Según el diseño original estaba estipulada la realización de una Evaluación Intermedia, la que se efectuó en el año 2002, concluyendo posteriormente la necesidad de efectuar ajustes y re-direccionar el Programa.

La siguiente tabla muestra los hitos en el período de duración del programa, entre los años 1997 y 2006:

Figura 2 Cronología del Programa



5.4.2 Cumplimiento global del Programa y de sus componentes y sub-componentes

En esta sección se examina el grado cumplimiento global del Programa, de sus 2 componentes y de sus sub-componentes. El cumplimiento se evalúa primero desde una perspectiva general, basada en los principios rectores del Programa, y luego desde una perspectiva específica para cada componente y sub-componente.

La evaluación de los componentes y sub-componentes se presenta en forma sucinta y tabular, usando los siguientes calificativos:

Diseño: calidad del conjunto de elementos que integran el componente o sub-componente, incluyendo la existencia de arreglos institucionales apropiados para la implementación, la suficiencia y calidad de los mecanismos y recursos previstos para su funcionamiento y el grado de realismo del horizonte temporal previsto para su implementación.

Resultados: grado de logro de los objetivos planteados.

Pertinencia: necesidad de las actividades previstas en el componente o sub-componente con antelación a la implementación del Programa.

Vigencia: un componente o sub-componente se mantiene vigente si es que sus objetivos, diseño y actividades siguen siendo necesarios o deseables en la actualidad.

Lecciones: conclusiones que surgen de la implementación del componente o sub-componente, las cuales pueden servir de insumo para proyectos futuros, de manera de reforzar aciertos y evitar errores.

Perspectiva global del Programa.

Los objetivos centrales del programa se presentan a continuación y posteriormente una breve evaluación de cada uno de ellos:

- (a) El apoyo al proceso de modernización y reforma del sector salud para proveer servicios de buena calidad, en forma eficiente y equitativa; y
- (b) La adopción de incentivos y mecanismos para el mejoramiento de situación de salud materno-infantil.

En lo relativo al primer objetivo el avance fundamental está dado por el mejoramiento en la calidad de la atención, por los cambios y aportes en infraestructura, equipamiento, instrumentales y mejor suministro de medicamentos e insumos.

Respecto del segundo objetivo se ha avanzado preferentemente en la implementación de mecanismos tendientes a mejorar la salud materno-infantil. Todo esto porque la definición del PCSB es un avance en la definición de prioridades (enfermedades prioritarias), esquemas de tratamiento, selección de medicamentos y capacitación en el personal de salud en todos estos aspectos. El incentivo aplicado en pos del mejoramiento de la salud materno-infantil es la gratuidad otorgada a ese grupo poblacional, lo que estimula la demanda oportuna y de esa manera favorece el mejoramiento de sus condiciones de salud. No se conoce de la aplicación de otros incentivos y/o mecanismos. Si analizamos los principios rectores del Programa, se concluye lo siguiente:

- La provisión universal públicamente subsidiada del PCSB mejoró la equidad en el acceso y el financiamiento.
- La equidad en salud también mejoró con la inversión pública en infraestructura y equipos
- Mejoró la calidad de los servicios que fueron incluidos en el PCSB, al mejorar la infraestructura física, la disponibilidad de instrumentales básicos, así como la oportunidad de proveer los medicamentos e insumos
- El principio de autonomía regional no se cumplió.

Tabla 6 Evaluación del Programa según sus principios rectores

	Principios rectores			
	Equidad	Eficiencia	Calidad	Autonomía Regional
Grado de Cumplimiento	Cobertura nacional del PCSB, al ser de acceso universal y sin costo directo para el beneficiario, contribuye a mejorar la equidad en salud	A pesar del retraso inicial, el alto nivel de ejecución es señal de eficiencia. Aplicación de novedoso sistema de compra y distribución de fármacos e insumos	Mejóro con el PCSB por la mayor disponibilidad de medicamentos e insumos, por los protocolos de atención, por la supervisión y por la mejor infraestructura	No cumplido

Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector. Este componente presentó un bajo nivel de cumplimiento porque dos de sus tres sub-componentes no pudieron ser implementados como se había previsto y fueron discontinuados.

Tabla 7 Evaluación del componente I *Modernización de la estructura organizacional del sector*

Sub-componentes		Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
I.1	Fortalecimiento de autonomía regional	Con problemas	Incumplimiento	Existía una necesidad de mayor autonomía regional en la planificación y manejo de recursos, pero no era evidente la pertinencia debido a la falta de claridad en materia de viabilidad política y administrativa	Se mantiene, aunque la viabilidad política es baja en el corto y mediano plazo	La descentralización es un proceso complejo, con relevancia política, por tanto semejantes iniciativas no deben basarse en supuestos respecto de la viabilidad política.
I.2	Iniciativa "Profesional Excelente"	No ajustado a la realidad del país	Incumplimiento	La necesidad existe, pero la estrategia debiera ser redefinida		La generación de diferencias en el nivel de remuneraciones entre profesionales que cumplen la misma función, tiene repercusiones negativas que deben anticiparse
I.3	Mejoramiento de estadísticas vitales	Adecuado, pero con ajustes aún en proceso	Positivos, aunque está pendiente la puesta al día en el registro de datos	Absoluta	Vigente	Es posible generar un avance cualitativo y cuantitativo importante, en colaboración con el MSPyBS. La necesidad de capacitación en este tema es permanente. Adicionalmente se requiere brindar, apoyo en el proceso de digitación, de forma tal de actualizar los registros

Componente II: Mejoramiento de la atención primaria. Este componente presentó un mejor grado de cumplimiento que el componente I. Todos sus sub-componentes eran pertinentes y todos ellos mantienen su vigencia, sin embargo, no todos fueron bien

logrados. Destaca el limitado progreso del sub-componente II.4 *Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia*.

Tabla 8 Evaluación del componente II *Mejoramiento de la atención primaria*

Sub-Componentes		Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
II.1	Desarrollo de los recursos humanos	Adecuado	Parciales, en parte por alta rotación personal	Si	Vigente	Se requiere una planificación y coordinación entre el nivel central y regional y los niveles operativos, respecto del personal a capacitar y las funciones a cumplir
II.2	Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos	Adecuado	Muy positivos	Si	Vigente	Se evidencian importantes beneficios producto de la experiencia de cooperación público-privada en materia de mejoría en la gestión y disponibilidad de fármacos e insumos. Esta estrategia es clave para mejorar la calidad técnica de la atención, así lograr aumentar la demanda y por lo tanto la utilización de los servicios.
II.3	Rehabilitación de infraestructura y equipamiento	Revisar equidad	Adecuados: 17 hospitales y 3 almacenes de vacunas, con equipamiento asociado, más 15 centros y Puestos de Salud reparados y adecuados. Pendiente Hospital Regional (H.R.) de Caacupé y H.R. de Coronel Oviedo.	Si	Vigente	El mejoramiento de las condiciones de trabajo, impacta positivamente en la capacidad resolutoria de los establecimientos (oferta), lo que estimula la demanda poblacional.
II.4	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia	A revisar	Insuficientes	Si	Vigente	Al no incluirse en la planificación de este subcomponente los aspectos básicos del sistema de referencia y contra referencia, sino que un instrumento de apoyo (sistema de comunicaciones) y no poder obtenerse esa tecnología, se fracasó. Esto lleva a concluir que se debe planificar lo esencial, y no sólo elaborar instrumentos
II.5	Información, Educación y comunicación	Datos insuficientes	Insuficientes	Si	Vigente	

A continuación se presenta el análisis de los subcomponentes:

Sub-componente I.1: *Fortalecimiento de la autonomía regional*. Este sub-componente buscaba apoyar los procesos legislativos que estaban presentes al inicio del Programa de forma tal de favorecer la autonomía regional y en paralelo a eso fortalecer la MSPyBS como el ente rector del sector. Las actividades planificadas eran de carácter de asistencia técnica al proceso.

El análisis de las actividades efectuadas y su efecto permite concluir que presentó un bajo nivel de cumplimiento debido, probablemente, a la falta de apoyo político de la iniciativa. Ello revela problemas en su diseño, el que fue poco realista.

Tabla 9 Evaluación del sub-componente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional*

Diseño	Objetivos específicos	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Con problemas por no consideración de condiciones políticas y base legal para su desarrollo	Fortalecer autonomía	Actividades realizadas pero objetivo no cumplido	Por determinar	Por determinar	La descentralización es un complejo proceso que requiere de actores clave comprometidos en su desarrollo. Adicionalmente se requiere de una base legal precisa que brinde la base para esa implementación.
	Fortalecer rol normativo y regulador del MSPyBS	Cumplimiento parcial	Sí	Es una necesidad que el MSPyBS asuma ese rol y conduzca procesos nacionales	Experiencia exitosa del PCSB puede ser ejemplo de que otras acciones se pueden desarrollar
	Regulación sector privado	Objetivo no cumplido	Por determinar	Por determinar	Se requiere mayor claridad y realismo al formular objetivos de un Programa

1. **Sub-componente I.2: *El Profesional Excelente*.** Esta iniciativa consistía en un sistema competitivo de selección de candidatos y de asignación geográfica de médicos y enfermeras. Se creaba un sistema de mérito y de incentivos para la asignación de personal en áreas deficitarias, según el censo de recursos humanos efectuado en el año 1995. Incentivaba preferentemente la participación de médicos recién egresados, asignándoles una remuneración preferencial y condiciones de “dedicación exclusiva”. En su financiamiento, inicialmente el Programa cubría el presupuesto total necesario, para posteriormente hacer un traspaso gradual de esa responsabilidad a los niveles locales.

Se hicieron dos convocatorias (1999 y 2000), con la selección de un total de 29 profesionales. Para mediados del año 2002 ya no quedaban profesionales contratados por esa modalidad, según se dio cuenta en el Informe final de la Evaluación Intermedia¹³.

Ante la imposibilidad de que las gobernaciones y municipios se hicieran cargo del 40% del salario de los profesionales contratados por este medio, se resolvió reformular y rebautizar la actividad como “Profesionales de Atención Primaria”. Esto se regulariza en el año 2003, cuando el 9 de mayo se dicta la Resolución SG N° 297 que establece nuevas condiciones de operación del proceso de selección y control.

Esta nueva iniciativa se crea para la contratación de Médicos, Licenciados en Enfermería y Obstetricia, Bioquímicos, Odontólogos, Técnicos Anestesiastas, Técnicos de Laboratorio y Auxiliares de Enfermería, para cubrir las necesidades en los Hospitales Distritales, Centros y Puestos de Salud dependientes de las Regiones Sanitarias afectadas por el Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud. Esto significa que no está permitida la contratación de personal administrativo, ni de personas que no estén comprendidas en las categorías profesionales taxativamente establecidas, ni para otro tipo

¹³ Páginas 88 a 91 del citado informe.

de establecimientos que los mencionados. En total para el año 2005 se habían contratado 340 profesionales.

A comienzos del año 2005 se desarrolla una consultoría (AUDICON) que realizó una evaluación de su proceso y desempeño y que incluye entre sus principales conclusiones lo siguiente:

- *no se cumplieron los requisitos y condiciones fundamentales establecidos claramente en el Estatuto de la Iniciativa, por el propio Ministerio con la no objeción del BID, que imponían un proceso en el cual el Profesional debía estar en todo momento consciente de que estaba siendo contratado por poseer un determinado perfil, para trabajar en el marco de una Iniciativa específica y dentro de un esquema de trabajo que impone ciertas condiciones de desempeño y evaluación.*
- *existe una concentración de facultades de decisión en el nivel central del Ministerio, lo que hace prácticamente imposible el ejercicio de las funciones y atribuciones que el Estatuto y el Reglamento de la Iniciativa asignaron a la UCP/BID.*
- *alta incidencia de injerencia de factores político-partidarios en las decisiones, especialmente en las relativas al proceso de selección y contratación del personal. Esto se hace crítico al no existir un Comité de Selección de los Profesionales a ser contratados.*
- *escasa oferta de recursos humanos con el perfil exigido en el Estatuto de la Iniciativa, lo que constituye una preocupante realidad, especialmente en el interior del país.*

En síntesis se puede plantear que la iniciativa original desarrolló en las actividades planificadas pesar de lo cual, la iniciativa no fue exitosa en su primera etapa, pues no pudo consolidarse en el tiempo. Esto se debió principalmente a la falta de corresponsabilidad de los niveles locales en materia de financiamiento del sector. Por otra parte en su diseño este sub-componente no previó la complicación que se presentaría al generar diferencias en las condiciones laborales entre el recurso humano crítico (“personal de blanco”).

Por otra parte en su segunda etapa (Profesional de Atención Primaria) no se cumplieron los aspectos básicos de su concepción, y no existía información suficiente y confiable para efectuar una evaluación global de su impacto.

No existen antecedentes que permitan efectuar un comentario acerca del cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por esa consultoría para su mejor ajuste a lo planificado.

Tabla 10 Evaluación subcomponente I.2 El Profesional Excelente

Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
No ajustado a la realidad del país	Incumplimiento	Necesidad de mejorar oferta de "personal de blanco" existe, la estrategia debe ser redefinida.	Vigente necesidad de reforzamiento del recurso humano en salud, pero mecanismo idóneo para lograrlo no claro	No se deben generar diferencias entre profesionales que cumplen igual función. Se debió cumplir exactamente el proceso de selección y control diseñado

Sub-componente I.3: Mejoramiento de Estadísticas Vitales. Este sub-componente estuvo enfocado al mejoramiento del sistema de registro de nacimientos, con información relativa a la madre y sobre mortalidad materna y perinatal. Implica una redefinición, implementación del nuevo sistema y la capacitación necesaria para su adecuado funcionamiento.

En términos generales presenta un mayor nivel de cumplimiento que los dos anteriores, con evidencia clara de progreso en el registro de las estadísticas vitales. Destaca el desarrollo de un equipo entrenado en la materia al interior del MSPyBS. Ello permite suponer que los logros del sub-componente podrían sostenerse en el futuro y constituir la base para mayores avances.

Tabla 11 Evaluación subcomponente "Mejoramiento de estadísticas vitales"

Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Ok, con ajustes aún en proceso	Positivos, pendiente puesta al día en registro de datos	Absoluta	Vigente	Necesidad de capacitación permanente, apoyo en digitación para mejorar oportunidad de datos para su procesamiento y análisis

El subcomponente II.1 de Desarrollo de Recursos Humanos, tenía como objetivo mejorar la capacidad técnica asistencial del personal de salud, con énfasis en el ámbito materno infantil y así mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos. Incluía capacitación en: i) técnico asistencial, ii) en gestión directiva, iii) a parteras empíricas en detección de riesgo, iv) sistema de referencia y contra referencia y vi) gestión de inventarios de medicamentos e insumos.

La siguiente tabla resume la evaluación del subcomponente:

Tabla 12 Evaluación subcomponente "Desarrollo de los Recursos humanos"

Objetivos Específicos	Diseño	Resultados		Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Capacitación atención obstétrica	Adecuado	Ejecución completa de los cursos	Parciales por rotación del personal	Sí	Vigente	Necesidad de estrecha planificación del personal a capacitar y coordinación con los niveles operativos respecto de las funciones a cumplir con posterioridad a esa capacitación.
Capacitación parteras empíricas	Adecuado	Ejecución completa de los cursos		Sí	Vigente	
Capacitación en gestión		Ejecución parcial de los cursos		Sí	Vigente	Falta definir un método de selección del personal a capacitar y asignación de funciones que permitan efectivamente aplicar los nuevos conocimientos
Capacitación en sistema referencia y contra-referencia	Adecuado	Incumplida		Después de definir un sistema que entre en práctica.	Vigente	Se debe partir por efectuar una definición básica y participativa de este sistema y después buscar forma de implementación de los instrumentos de apoyo
Capacitación manejo inventarios medicamentos	Adecuado	Cumplida		Si	Vigente	Se requiere supervisión con capacitación permanente

En este subcomponente también se da la paradoja de un alto nivel de cumplimiento de las actividades planificadas, pero un menor cumplimiento en los objetivos por problemas de coordinación que en este caso corresponden a una alta rotación del personal y por ende falta de claridad de las autoridades locales de la inversión realizada que no se traduce en una puesta en práctica de los nuevos conocimientos en los ámbitos específicos. A modo de ejemplo, la capacitación de Licenciadas de Enfermería en materias de gestión y la baja asignación en esas funciones para ese grupo profesional. Hay falla de planificación en la selección del personal a capacitar y de gestión del recurso ya capacitado.

Tabla 13 Evaluación subcomponente "Mejoramiento del sistema de Adquisición y Distribución de Medicamentos e insumos"

Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Innovador y eficiente	Muy positivos. Ha mejorado el acceso a recursos críticos y devuelto la credibilidad del sistema a la población	Si	Vigente	Se logró probar un trabajo de participación público-privado exitoso, que permitió realizar una mejoría en la gestión de fármacos e insumos. Este es un ejemplo que puede extenderse al resto de las compras.

El subcomponente II.2 Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos tenía como objetivos lograr un sistema eficiente de adquisición, almacenamiento y distribución oportuna de medicamentos e insumos. El rol del MSPyBS en esto sería el de planificación, monitoreo y control, delegando las otras funciones a entidades externas. Los productos a manejar por esta vía con aquellos asociados a la atención materno infantil, de forma tal de darle coherencia al Programa en su conjunto.

Como complemento de apoyo a la gestión de estos productos se incluye el montaje de un sistema de información, con la correspondiente implementación y capacitación en su manejo.

En líneas generales mostró ser muy exitoso, pues rompió paradigmas de un proceso centrado en los recursos públicos. A través de una tercerización de servicios que han hecho más eficiente el uso de los recursos públicos, mejorando el acceso de la población a los fármacos e insumos. Este sistema de compra y distribución, basado en la tercerización con privados, fue altamente efectivo en relación con el sistema tradicional del MSPyBS; pues se consiguió llegar con regularidad periódica a la totalidad de puestos, centros y hospitales del MSPyBS, mientras que con las adquisiciones tradicionales (Programa de Medicamentos Esenciales) los insumos se concentraban en los hospitales y en general no salían de las ciudades.

Cabe destacar que en una evaluación efectuada en el año 2007¹⁴ se menciona que el trabajo realizado por las empresas privadas, responsables de las operaciones logísticas del sistema implementado por la UCP/BID, es positiva, por considerar que el servicio es de buena calidad, funciona eficientemente y está ajustado al Pliego de Bases y Condiciones.

El costo de la logística y distribución resultó inferior a los costos que presenta el sector privado e incluso inferior a los presentados por otros programas similares (como Remediar de Argentina). Además, la tercerización permitió incorporar incentivos económicos para evitar pérdidas por mal almacenamiento, robos, vencimientos y extravíos. Por ejemplo, a través de un meta análisis Management Sciences for Health (MSH) concluye que en los sistemas de suministros tradicionales estos problemas ocasionan pérdidas equivalentes al 70% de la inversión inicial¹⁵. Los resultados de la primera Auditoria externa de medicamentos (que se corresponden con el modelo tradicional de provisión de suministros) coinciden con esta afirmación. Sin embargo, como lo verifica la segunda Auditoria externa de medicamentos (que se corresponden con la implementación del PCSB) todos esos problemas y desvíos han sido minimizados o reducidos de forma muy significativa.

Por otro lado, las adquisiciones de medicamentos realizadas a través de Licitación Pública Internacional (LPI, ver anexo 2)¹⁶ presentan dos grandes ventajas. Por un lado, permiten adquirir a precios menores, según estimaciones del mismos MSPyBS se obtuvo un ahorro equivalente al 71,2% del gasto que hubiera presentado su compra minorista (Precios de venta al público). Por otro lado, abrir el mercado a proveedores externos aumenta la probabilidad de obtener varias ofertas de cada producto y esto reduce el riesgo de que el programa resulte cautivo de un proveedor que luego incrementa sus precios.

Una de las dimensiones del impacto del PCSB se registra a nivel del aumento en la disponibilidad de medicamentos en los servicios. A través de los estudios CONE (2004 y 2007) se verifica que en los Centros de Salud se registró el mayor incremento de disponibilidad de los medicamentos e insumos esenciales, pasando de un 54% antes del programa a un 67% luego de la implementación del PCSB

¹⁴ Servicio de Auditoria del Sistema de Provisión de Medicamentos e Insumos". Dr. Rubén Moralez Paoli

¹⁵ MSH. La gestión del suministro de medicamentos. Boston, 2002. Página 10.

¹⁶ MSPyBS, octubre de 2005. Preparado por Coordinación Modernización Sectorial: Qca. Fca. Miriam Flecha y Raúl Pecci

Además, puede atribuirse un peso significativo del PCSB en términos de aumento del acceso de la población a los servicios. El proveer de forma efectiva a los puestos, centros y hospitales aumentó la capacidad de respuesta de los servicios y su demanda. Esto se verifica a través de la evaluación en base a encuestas poblacionales que registró un incremento del orden del 151% en las consultas de menores de cinco años en los servicios del MSPyBS y un aumento de cobertura de los controles del embarazo (que pasó del 94% al 97,5%)

Tabla 14 Evaluación del subcomponente Rehabilitación de la infraestructura y equipamiento

Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Revisar equidad	Adecuados	Si	Vigente	Se logra comprobar, en forma práctica que la mejoría de la oferta, genera demanda

El subcomponente II.3 Rehabilitación de Infraestructura y Equipamiento tenía un objetivo centrado en mejorar la infraestructura y equipamiento de puestos, centros y de los 5 hospitales regionales, con el objeto de mejorar su capacidad resolutive y generar una red de establecimientos para la atención materno infantil.

El Programa permitió la construcción (o rehabilitación) de:

- 19 hospitales con el equipamiento asociado
- 3 almacenes de vacunas
- 15 Centros y Puestos de Salud reparados y adecuados

Además se hizo capacitación en el uso del equipamiento entregado y también en el mantenimiento de la infraestructura y los equipos.

En síntesis, se observa un alto nivel de cumplimiento, si bien se debe considerar que las obras; es decir los beneficios para la población; estuvieron focalizados en solo algunas regiones de país.

Tabla 15 Evaluación subcomponente "Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia"

Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
A revisar	Incumplido	Si	Vigente	Planificar lo esencial, más que instrumentos

El subcomponente II.4. Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia fue concebido en pos del mejoramiento de la red de comunicaciones y transporte de forma tal que permita la referencia oportuna de los pacientes que lo requieren en base a una predeterminación de las capacidades resolutive de los distintos niveles. Todo esto complementado con capacitación acorde a esas nuevas condiciones de trabajo.

Puesto que en su diseño la base era la compra de equipamiento de radiocomunicaciones y de transporte, y no sentar bases sólidas para la operación de un sistema de referencia y contra referencia, al fallar la adquisición de tales equipos, se perdió la opción de éxito. Se construyó un manual de referencia y contra-referencia que no ha sido suficientemente difundido y por tanto no hay en operación un sistema de este tipo.

Tabla 16 Evaluación subcomponente “Información, Educación y Comunicación (IEC)”

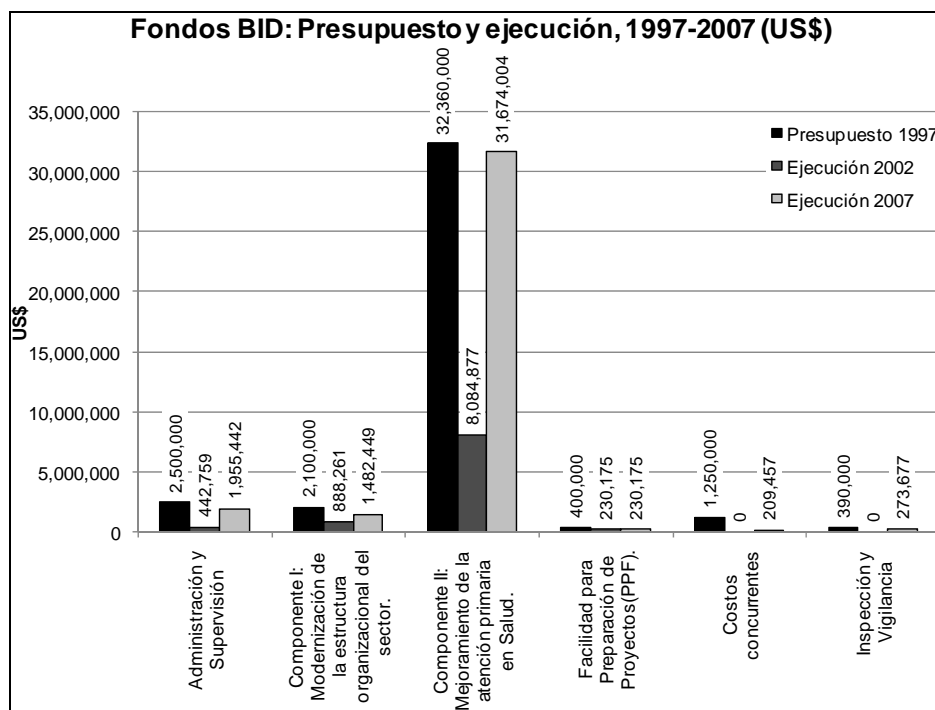
Diseño	Resultados	Pertinencia	Vigencia	Lecciones
Datos insuficientes	Actividades cumplidas. Campaña no aplicada	Si	Vigente	Necesidad de planificación estratégica para determinar oportunidad de puesta en acción de campañas de difusión masiva

El subcomponente II.5 Información, Educación y Comunicación (IEC) En el diseño del Programa se propuso mejorar el conocimiento de la población en materias de autocuidado, prevención de enfermedades, de embarazo no deseado, de uso adecuado de los servicios de salud. Todo esto en base al desarrollo de actividades adecuadas a la cultura de cada comunidad, usando tanto los medios de comunicación masiva, como ferias y otras actividades de participación ciudadana.

En base a la información disponible, se puede concluir que se desarrollaron algunas de estas actividades, pero que a la fecha no han sido aplicadas por el MSPyBS como una herramienta de difusión y sensibilización a la población en los temas de salud abordados. Las razones de esta postergación en la aplicación son de diversa naturaleza incluyendo los cambios de directivos ministeriales, la espera del tiempo necesario para evaluar el éxito del PCSB y no generar falsas expectativas y eventual frustración de la comunidad. Lo relevante es que existen elementos disponibles y aún vigentes para ser usados.

5.4.3 Grado de ejecución de los recursos presupuestarios

A continuación se muestran los datos y la evaluación del nivel de cumplimiento de ejecución presupuestaria, mostrando un alto nivel de cumplimiento en los aportes del BID y de la contrapartida nacional. Si bien hubo un retraso importante en el inicio de la ejecución se observa un alto cumplimiento en el periodo 2002 a 2007, como lo muestra la siguiente figura:

Figura 3 Cronología del presupuesto y grado de ejecución del Programa

5.4.4 Evaluación del nivel de cumplimiento según la ejecución presupuestaria del Programa

La siguiente tabla refleja el alto nivel de ejecución presupuestaria del Programa que alcanzó, a un 95,96%, en octubre de 2007. Si se considera en la evaluación las modificaciones en el nivel de aporte de cada fuente de financiamiento, la contrapartida nacional logró un cumplimiento de un 104,6% y el aporte del BID un 94%.

El análisis se efectúa en relación a los montos destinados al cumplimiento de los 2 componentes a través del desarrollo del Programa, excluyendo las partidas presupuestarias relacionadas con la administración y supervisión, facilidad para preparación de proyectos, (FPP), costos concurrentes e inspección y vigilancia.

Tabla 17 Grado de ejecución presupuestaria según componentes, subcomponentes y fuentes de financiamiento

Programa de Reformas a la Atención Primaria de la Salud del Paraguay						
	Presupuesto modificado		Ejecución al 29-10-07		% Ejecución vs Presupuesto	
	BID	Contrapartida	BID	Contrapartida	BID	Contrapartida
Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector.	1.507.036	852.198	1.482.449	856.211	98.4	100.47
Fortalecimiento de la autonomía regional	523.048	-	523.048	-	100	N/A
Iniciativa "El Profesional Excelente"	585.133	836.429	568.996	836.429	97.2	100.0
Mejoramiento de estadísticas vitales	398.855	15.769	390.404	19.782	97.9	125.4
Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud.	33.449.483	5.367.582	31.674.004	5.359.954	94.7	99.9
Desarrollo de los recursos humanos.	794.420	73.592	771.504	54961	97.1	74.7
Mejoramiento sistema de adquisición y distribución medicamentos, insumos INVEC	7.823.766	4.400.160	7.489.136	4535557	95.7	103.1
Rehabilitación e infraestructura y equipamiento	24.443.912	861.235	22.978.518	762741	94.0	88.6
Fortalecimiento sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.	52.262	571	48.614	181	93.0	31.7
Información, educación y comunicación (IEC)	335.124	32.024	386.232	6513	115.3	20.3
Subtotal Componentes I y II	34.956.519	6.219.780	33.156.453	6.216.165		
Porcentajes ejecución vs programado			94,9	99,9		
Totales programa	38.000.000	7.405.000	35.825.205	7.746.256	94.3	104.6
Totales en %	83,70%	16,30%	94,30%	104,6%		

De un total de US\$ 41.176.299 de presupuesto global modificado en los componentes I y II, la ejecución a Octubre de 2007, alcanzó a un total de US\$ 39.372.618,

es decir un 95,6%. Si se efectúa el mismo análisis respecto del presupuesto original, el cumplimiento alcanzó a un 94%.

La ejecución de los fondos comprometidos por el BID en estos ítems fue de un 94,9% y de la contrapartida local de un 99,9%. Cabe destacar que en el total del Programa la contrapartida local superó lo programado alcanzando un 104,6%, respecto del presupuesto modificado y un 102% respecto del original.

El mayor peso relativo en los montos ejecutados lo tiene el subcomponente de rehabilitación e infraestructura y equipamiento (60%), seguido de mejoramiento del sistema de adquisición de medicamentos e insumos (31%), es decir en conjunto representan el 91% del gasto del Programa.

El mas bajo nivel de ejecución esta en la contrapartida local para el subcomponente de IEC.

Si se hace un análisis del nivel de ejecución respecto del presupuesto original, de un total de US\$ 42.060.000 de presupuesto global modificado en los componentes I y II, la ejecución a Octubre de 2007, la ejecución alcanzó un 94%.

Al analizar la ejecución global (aporte BID mas contrapartida local), por componentes, en relación al presupuesto original, se observa una importante diferencia, pues el primer componente sólo alcanzó una ejecución de un 56% y el segundo de un 98%. Este mismo análisis por subcomponentes muestra que la ejecución de los subcomponentes “Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos” y “Rehabilitación a infraestructura y equipamiento” superaron el 100%, con 119 y 108% respectivamente. Por otra parte, la ejecución presupuestaria más baja respecto del presupuesto original, la tuvo el subcomponente “Fortalecimiento al sistema de referencia y contra referencia de pacientes” con un 3%.

Respecto de los resultados antes mencionados, cabe destacar el cambio entre el presupuesto original y el modificado, con una reducción global de un 3%, particularmente centrado en los fondos asignados al componente I que presentó un decrecimiento equivalente a un 28% y en contraste un aumento de un 3% del componente II. El mayor aumento presupuestario, en términos absolutos, se dio en el subcomponente “Rehabilitación de la infraestructura y equipamiento” con un aumento de MM US\$ 3 millones y “Adquisición de medicamentos e insumos” de MMUS\$ 2,1 (15 y 21% respectivamente):

Estas modificaciones presupuestarias y el mayor gasto en estos dos subcomponentes que apuntaron a mejorar la oferta institucional y resultaron ser importantes desde la perspectiva de la población, pues se tradujeron en beneficios concretos a los grupos objetivos por la mayor disponibilidad e fármacos e insumos en el manejo de sus problemas de salud.

5.4.5 Evaluación del nivel cumplimiento general del Programa

Con el objeto de hacer una evaluación integrada del cumplimiento presupuestario y de los objetivos propuestos, en la siguiente tabla se ha valorado y ponderado el cumplimiento de las actividades propuestas (que traduce la ejecución presupuestaria) y por otra parte de los objetivos y posteriormente este “promedio” se ha ponderado por el peso

relativo del subcomponente en el total del presupuesto, alcanzando de esta forma un cumplimiento estimado de un 79%, lo que se considera aceptable. Esto porque los subcomponentes que no cumplieron su objetivo tenían un bajo porcentaje del presupuesto asignado (ej.: Profesional excelente) y aquellos con alto porcentaje tuvieron un alto nivel de cumplimiento (ej.: infraestructura y equipamiento).

Tabla 18 Grado de cumplimiento del Programa

	Presupuesto modificado año 2002 (US\$)			Ejecución al 29-10-07(US\$)			Grado de ejecución del presupuesto			Participación en presupuesto ejecutado total	Cumplimiento cualitativo	
	BID	Contra-partida	Total	BID	Contra-partida	Total	BID	Contra-partida	Total		Grado de cumplimiento de objetivos	Grado de desarrollo de actividades
Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector	1.507.036	852.198	2.359.234	1.482.449	856.211	2.338.660	98%	100%	99%	6%		
Fortalecimiento de la autonomía regional ^a	523.048	-	523.048	523.048	-	523.048	100%	N.A.	100%	1%	5%	70%
Iniciativa "El Profesional Excelente"	585.133	836.429	1.421.562	568.996	836.429	1.405.425	97%	100%	99%	4%	10%	100%
Mejoramiento de estadísticas vitales	398.855	15.769	414.624	390.404	19.782	410.186	98%	125%	99%	1%	70%	90%
Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en Salud	33.449.484	5.367.582	38.817.066	31.674.004	5.359.954	37.033.958	95%	100%	95%	94%		
Desarrollo de los recursos humanos ^b	794.420	73.592	868.012	771.504	54.961	826.465	97%	75%	95%	2%	70%	90%
Mejoramiento sistema de adquisición y distribución medicamentos, insumos INVEC	7.823.766	4.400.160	12.223.926	7.489.136	4.535.557	12.024.693	96%	103%	98%	31%	90%	100%
Rehabilitación e infraestructura y equipamiento	24.443.912	861.235	25.305.147	22.978.518	762.741	23.741.259	94%	89%	94%	60%	80%	90%
Fortalecimiento sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.	52.262	571	52.833	48.614	181	48.795	93%	32%	92%	0%	20%	20%
Información, educación y comunicación (IEC)	335.124	32.024	367.148	386.232	6.513	392.745	115%	20%	107%	1%	50%	50%
Totales	34.956.520	6.219.780	41.176.300	33.156.453	6.216.165	39.372.618				100%		
Participación en el financiamiento (%)	83,70%	16,30%	100,00%	-	-	-					-	-
Grado de cumplimiento (%)	-	-	-	-	-	-	95%	100%	96%		-	-

Notas:

a. Este sub-componente no contaba con financiamiento de Contrapartida.

b. Para calcular el cumplimiento cualitativo total, se calculó el promedio aritmético entre el grado de cumplimiento de objetivos y el grado de desarrollo de actividades.

c. Para calcular el grado de cumplimiento cualitativo, se ponderó el cumplimiento de cada sub-componente por su participación porcentual en el presupuesto ejecutado total.

d. Para calcular el grado de cumplimiento general, primero se calculó el promedio aritmético entre el cumplimiento presupuestario y el cumplimiento cualitativo. Luego para obtener el grado de cumplimiento total, se ponderó el cumplimiento de cada participación porcentual en el presupuesto ejecutado total.

5.4.6 Auditoria del sistema de provisión de medicamentos e insumos, 2007

La UCP/BID ha desarrollado un sistema de Gestión de Suministros de Medicamentos, dentro del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB), cuyo objetivo es facilitar el proceso de control de gestión y Auditoria en dicha área,

Con esto se propone monitorear todas las etapas del PCSB, es decir:

- a) Producción,
- b) Distribución,
- c) Entrega y
- d) Utilización de los medicamentos e insumos.

El análisis efectuado por la consultoría realizada por la Consultora Gestión Empresarial, en el 2007, concluyó que:

- Los establecimientos evaluados funcionan, administran y operan cotidianamente, prestando el servicio y distribuyendo gratuitamente los medicamentos del Programa
- El PCSB cumple con los objetivos establecidos
- Por otra parte, se menciona que las empresas privadas responsables de las operaciones logísticas del sistema implementado por la UCP/BID, entregan un buen servicio, que funciona eficientemente y que se ajusta al Pliego de Bases y Condiciones.
- Se ha pesquisado deficiencias en la calidad del llenado de los formularios, específicamente en el Registro Diario de Entrega de Medicamentos, Control Mensual de Stock de Medicamentos y, principalmente en el Recetario Único
- En servicios de salud distantes (a más de 300 Km de Asunción) las entregas de kits y retiro de formularios se efectúa sólo cada 3 meses y por tanto en el mejor de los casos, la información procesada centralmente por la UCP/BID, se realizará recién a los 3 o más meses de producida dicha información, dificultando la oportuna y adecuada gestión de estos productos.
- Aún falta gestión de los stocks, pues este estudio concluye que a pesar de haberse entregado recomendaciones en la auditoria efectuada el año previo, todavía no se ha alcanzado el nivel óptimo de utilización del sistema de información. Al no existir una implementación íntegra del sistema de gestión de suministros, aún persisten inconvenientes operativos y de planificación integral de las actividades.
- La evaluación concluye que aún falta retroalimentación oportuna de los niveles locales, pues en la mayor parte de los servicios de salud existen medicamentos faltantes y otros sobrantes. La utilización del Sistema de Gestión de Suministros, está avanzado, pero no es completa.
- Está pendiente la realización de inventarios permanentes, pues en la actualidad están con fechas atrasadas o bien son inexistentes. También falta personal de operación y digitación, en forma proporcional al volumen de los datos y particularmente si se considera el retraso de envío, se requiere de un esfuerzo en el sentido de disponer de mayor recurso humano para la puesta

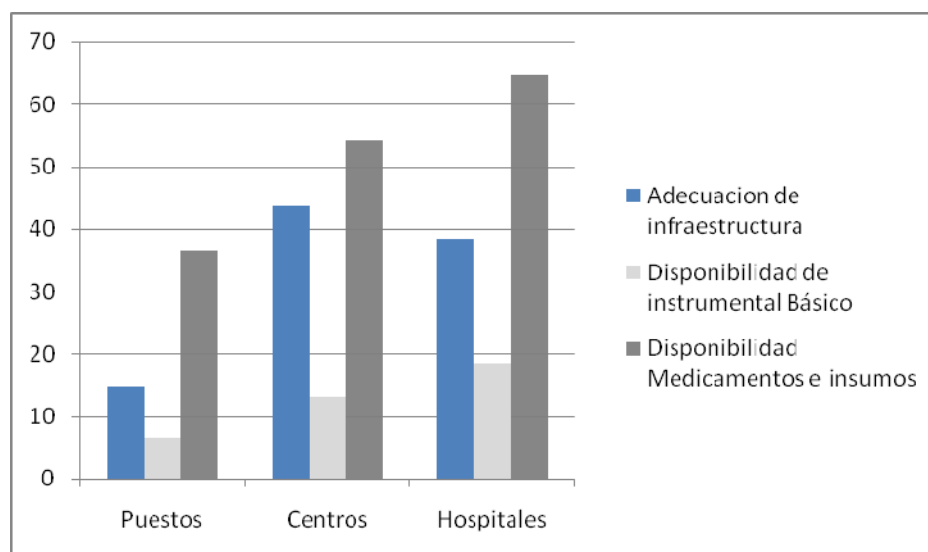
al día y la posterior mantención de los datos al día para favorecer una adecuada gestión con el instrumento desarrollado.

5.5 Análisis y revisión del impacto en el sistema de salud de las acciones del Programa

5.5.1 Encuesta CONE

Las fuentes de información para esta evaluación son la Encuesta CONE efectuada en los años 2005 y 2007, cuyos resultados se resumen- para el año 2005 – en la siguiente figura:

Figura 4 Disponibilidad de recursos según la línea de base del CONE, 2005 (%)



A modo de resumen se puede plantear que el nivel de cumplimiento es más alto en los hospitales, tanto para disponibilidad de medicamentos como de insumos e instrumentales y que en ambos casos el nivel de cumplimiento decrece en la medida que se evalúan establecimientos de menor complejidad.

Los centros muestran el mejor cumplimiento, en términos relativos, en infraestructura y que alcanza sólo a un 43,7%.

La siguiente tabla muestra la evolución del cumplimiento de indicadores de infraestructura, instrumental y medicamentos, entre los años 2005 y 2007.

Tabla 19 cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Paraguay

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	14,6	49,03 %	36,3	45,54 %	6,48	62,03 %
Centros de Salud	43,7	62,31 %	54,2	45,58 %	12,9	43,72 %
Hospitales	38,4	55,26 %	64,7	59,90 %	18,5	59,89 %

En primer término es necesario precisar que la cantidad de variables evaluadas en las dos mediciones efectuadas no son equivalentes y que en el año 2007 es más amplia y por tanto más exigente. Esto puede explicar el hecho, potencialmente contradictorio con los esfuerzos del PCSB de un incremento en el cumplimiento de infraestructura e instrumental

en todos los tipos de establecimientos, pero una aparente disminución en el cumplimiento en lo relativo a medicamentos e insumos (en Centros de Salud y hospitales).

La variación del método de evaluación, en cuanto al número de ítems a considerar se muestra en la siguiente tabla y como se puede comprobar hay un aumento sustantivo que alcanza hasta un 150% de elementos a evaluar en particular en el caso de medicamentos e insumos (especialmente en los hospitales).

Tabla 20 Número de ítems evaluados por área en CONE, 2005 y 2007

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e Insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	sobre 17 ítems	sobre 17 ítems	sobre 16 ítems	sobre 35 ítems	sobre 12	sobre 21
Centros de Salud	sobre 40 ítems	sobre 48 ítems	sobre 22 ítems	sobre 49 ítems	sobre 12 ítems	sobre 69
Hospitales	sobre 294 ítems	sobre 265 ítems	sobre 71 ítems	sobre 170 ítems	sobre 9 ítems	sobre 129

Si se analizan los logros al año 2007 por tipo de ítem evaluado, destaca el gran aumento observado en el cumplimiento de estándares de instrumentales, extensivo a todos los niveles de atención analizados. También infraestructura (con evaluaciones semejantes) experimentó una mejoría de cumplimiento en todos los niveles, pero más relevante en los puestos de salud.

Si analizamos por nivel de atención se puede relevar que los puestos mejoraron significativamente en todos los ítems y además tienen el mejor cumplimiento relativo en instrumentales.

Si analizamos por regiones (ver anexo C) se puede evidenciar que, respecto del promedio nacional, los departamentos que menos aumento porcentual presentaron fueron Central y Cordillera. El que evidencia mayor avance fue Caaguazú, probablemente porque su punto de partida (especialmente en puestos y centros) era el más bajo. Le sigue en incremento porcentual Paraguarí.

Este avance pone de manifiesto la política de priorización del MSPyBS y del Programa en la atención primaria del Paraguay y su interés por mejorar la equidad regional.

5.5.2 Evaluación de estadísticas vitales

Las estadísticas vitales incluyen el registro de nacimientos y defunciones. Para el año 2002, la situación era la siguiente:

- Inexistencia de normas relativas a estos registros
- Insuficiente capacitación del personal a cargo, en los distintos niveles de atención
- Limitada delegación de responsabilidades
- Escaso monitoreo y evaluación de los datos registrados

La evaluación efectuada incluyó algunos indicadores de proceso y otros de resultados. En lo concerniente al proceso se evaluó el contenido de los nuevos certificados sugiriéndose algunos cambios; la distribución y disponibilidad de los nuevos certificados de

nacimiento y defunción. Al mismo tiempo se evaluó: i) la calidad de los datos registrados en ambos certificados, ii) cobertura de la capacitación, contenidos de la capacitación.

En cuanto a resultados, las siguientes tablas presentan el curso de estos registros entre los años 2001 y 2005. Los cambios que se observan podrían estar asociados al desarrollo del subcomponente respectivo. Destaca una reducción a través del tiempo, cercana a doce puntos porcentuales, en el sub-registro estimado de nacimientos.

Tabla 21 Nacimientos registrados en el país, 2001-2005

Años	2001	2002	2003	2004	2005
Nacimientos estimados	150.407	150.844	151.281	151.718	152.155
Nacimientos registrados	83.919	90.085	86.739	101.000	103.770
Sub-registro (%)	44	40	43	33	32

En cuanto al subregistro de las defunciones, también se observa una baja de nueve puntos porcentuales:

Tabla 22 Defunciones estimadas y registradas. Paraguay 2001 a 2005

Años	2001	2002	2003	2004	2005
Defunciones estimadas	31.559	31.993	32.427	32.861	33.295
Defunciones registradas	18.400	18.934	19.779	21.739	22.200
Sub-registro (%)	42	41	39	34	33

Estos cambios han sido posibles en base al apoyo del programa en esta materia, en base a la compra de equipamiento computacional, definición de nuevos formularios, reproducción de los mismos y capacitación específica.

5.5.3 Evaluación de impacto

Dos encuestas de hogares semejantes, realizadas con un intervalo de 10 años (1996 y 2006) recabaron información sobre el estado percibido de salud, la propensión a demandar atención de salud, la utilización de servicios y los gastos (o pagos de bolsillo) asociados a dicha utilización. Estos últimos incluyeron los pagos a los proveedores médicos, a farmacias y comerciantes por concepto de medicamentos e insumos médicos, a centros de diagnóstico (exámenes de imágenes y de laboratorio) y los gastos en transporte hacia y desde el lugar de la consulta. Las encuestas permitieron un análisis separado para distintos grupos poblacionales (mayores y menores de 5 años, embarazadas). Para medir el grado de resolución médica, se consideraron dos enfermedades trazadoras en menores de cinco años, seleccionándolas por su alta prevalencia: la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). A continuación se presentan algunos resultados del análisis comparativo de estas dos encuestas.

5.5.4 Propensión a consultar

Se observa un notable aumento en la tasa de consulta en personas que percibieron un problema de salud durante el período de referencia, con un alza de 11 puntos porcentuales en las consultas.

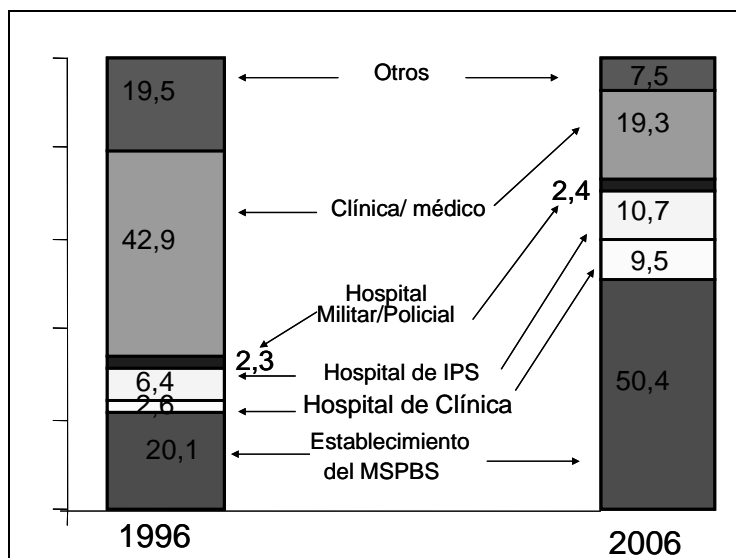
Tabla 23 Tasa de consulta por regiones, 1996 y 2006 (%)

Región	1996		2006	
	Consultó	No consultó	Consultó	No consultó
Asunción	85,1	14,9	84,8	15,2
Cordillera	46,3	53,7	68,6	31,4
Guairá	50,3	49,7	68,5	31,5
Caaguazú	45,4	53,9	57,1	42,9
Paraguari	46,9	53,1	72,7	27,3
Central	71,3	28,7	76,3	23,7
Total	61,7	38,1	73	27

La estabilización de las cifras de consultas en Asunción puede ser el reflejo de que las inversiones fueron a otras regiones geográficas y no a esta en particular, privilegiando aquellas que presentaban las mayores falencias, como un medio para mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud.

5.5.5 Utilización de servicios de salud

Se observa un notable aumento en las consultas de 20,1 a 50,4% del total, especialmente direccionado hacia los establecimientos dependientes del MSPyBS, como lo muestra la siguiente figura:

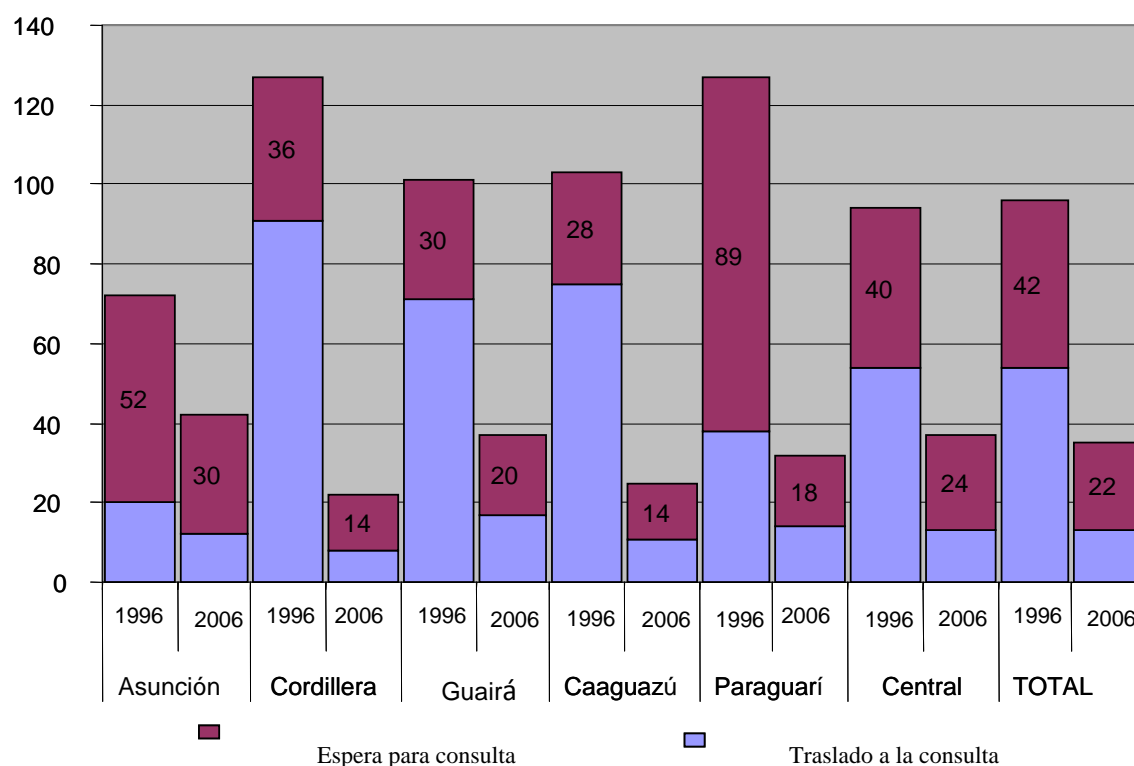
Figura 5 Uso de servicios de salud, según tipo de establecimiento, 1996 y 2006

Según los datos presentados en el documento “Evaluación del programa a partir de Encuestas Poblacionales”¹⁷ las consultas de menores de 5 y mayores de 5 años en establecimientos dependientes del MSPyBS aumentaron en el periodo estudiado (1996-2006) de 18,8 a 46,9 y de 15,9 a 37,7 respectivamente. Este crecimiento cercano a los 20 puntos porcentuales en ambos casos puede estar reflejando el efecto que ha tenido para la población los cambios en la red del MSPyBS, producto del mejoramiento concreto de las condiciones de trabajo (infraestructura, equipamiento, instrumentales y medicamentos e

¹⁷ Federico Tobar, Noviembre 2007

insumos), profesionalización de las atenciones, todo lo que le otorga una mayor capacidad resolutive a la red y mejora la integralidad de las atenciones prestadas. Por otra parte, la ampliación de la red se ha traducido también en una disminución en los tiempos usados en el desplazamiento y en los tiempos de espera, según lo muestra la figura siguiente, todo lo cual favorece también la demanda.

Figura 6: Tiempos invertidos en transporte y espera para la consulta de menores de 5 años. Todos los departamentos seleccionados. 1996-2006



Todas estas mejoras sumadas a la gratuidad incorporada en el periodo a las atenciones de niños y mujeres embarazadas es un incentivo potente a la demanda poblacional.

5.5.6 Gasto de bolsillo

Para interpretar adecuadamente los resultados de gasto de bolsillo, es necesario en primer término revisar los componentes de ese gasto. El gasto de bolsillo relacionado con la atención de salud puede provenir de distintos tipos de gasto, algunos directos como aquellos de la atención de salud propiamente tal y otros indirectos. Entre estos últimos se encuentra, por ejemplo, el gasto en transporte hacia los establecimientos de salud.

Los gastos directos pueden corresponder a distintos tipos de atención de salud: consultas (médicas, de otros profesionales, de otros miembros del equipo de salud), exámenes, internaciones y medicamentos.

El gasto en medicamentos, depende a su vez de múltiples variables, tales como el tipo de fármaco, la dosis y frecuencia de uso y por cierto del precio al que se adquiere

(genérico o de marca). Adicionalmente se debe considerar que el (los) fármaco (s) puede (n) ser adquirido (s) por la indicación de un profesional del MSPBS o de otro origen; o bien por automedicación.

Según lo reportado en el “Estudio domiciliario sobre percepción y consumo de Servicios de salud y características de los proveedores de servicios de salud”¹⁸ existía un alto nivel de prescripción de medicamentos, tanto en establecimientos públicos como privados; considerando éste como un indicador de deficiencias en las prácticas terapéuticas.

Adicionalmente dicho estudio mostró un alto índice de automedicación, pues dos tercios de los casos de menores de 5 años enfermos, fueron auto medicados por sus padres. Esta conducta tenía diferencias geográficas, siendo la automedicación menor en Asunción (1 de cada 4 niños enfermos) versus 3 de 4 en Paraguari. En general se observó que la relación de automedicación era inversamente proporcional a la oferta de atención de salud, fuese ésta pública o privada. La automedicación entonces, es concebida por las personas como un sustituto a la atención médica.

Con base en estos antecedentes, ahora analizaremos los resultados actuales.

Se observa una importante reducción en el gasto de bolsillo para la atención ambulatoria objeto del Programa, equivalente a un 90% (de US\$ 26,8 a 2,2). Esto se hace evidente en todos los pagos evaluados, con menor importancia relativa en el caso del gasto en medicamentos.

En todo caso el gasto de bolsillo por concepto de atención ambulatoria (consultas mas exámenes) es más alto en Asunción (2 veces más que el promedio del resto de las regiones estudiadas); 3,6 vs 1,8 respectivamente.

En lo relativo al gasto de bolsillo por medicamentos, la disminución general fue de poca cuantía (1%), si bien 2 regiones experimentaron alzas entre un 60% y 68% (Asunción y Caaguazú). Las restantes localidades presentaron una baja en este concepto que varió entre un 11% y un 40%.

Tabla 24 Pagos de bolsillo en la atención de menores de 5 años, 1996 y 2006 (US\$)

Conceptos de pago	Asunción		Cordillera		Guairá		Caaguazú		Paraguari		Central		Total	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Pago por la consulta	5,53	0,62	3,81	0,80	5,13	1,30	2,20	0,86	1,32	0,73	7,89	1,20	5,90	1,04
Pago por los Medicamentos	12,65	20,18	6,60	4,10	6,46	5,76	3,86	6,49	8,19	6,07	9,64	7,25	8,42	8,30
Pago por exámenes	15,05	2,93	10,92	0,07	11,43	1,16	1,46	0,55	75,90	1,17	19,26	1,12	20,93	1,19
Pago por el transporte	1,27	1,94	1,20	0,39	4,69	1,51	1,63	0,84	1,02	1,47	0,97	1,41	1,49	1,33
Pago por internación	351,93	2,88	582,51	-	63,11	0,58	177,03	3,13	-	-	111,65	0,07	219,95	0,94

Las causas del incremento de gasto en medicamentos en las regiones mencionadas, puede corresponder a la tendencia observada ya en la encuesta realizada en el año 1996,

¹⁸ UCP/BID del MSPBS: Trabajo realizado por Bitrán y Asociados (1997)

vale decir a automedicación, así como también a la sobre prescripción de fármacos¹⁹. La primera de ellas puede ser una explicación en el caso de Caaguazú en la que existe una menor oferta de atención de salud, dado que en el año 1997 ya mostraba altas tasas de automedicación (2 de 3 niños menores de 5 años recibieron medicamentos indicados por sus padres) y la automedicación ser una explicación válida para el caso de Asunción. En esta ciudad también puede jugar algún rol en el alza de este gasto las otras variables antes mencionadas.

¹⁹ Estudio domiciliario sobre la percepción y consumo de servicios de salud y características de los proveedores de servicios de salud. MSPyBS/BID; Bitrán y Asociados, febrero 1998.

6. Conclusiones

La Evaluación Final del Programa revela logros y desafíos y arroja lecciones que deben ser consideradas en el momento de definir la continuidad de las actividades financiadas por el Programa y el diseño de futuras operaciones de crédito del BID en Paraguay.

6.1 Logros del Programa

1. Varios sub-componentes del Programa fueron exitosos de manera total o parcial pues lograron todos o algunos de sus objetivos. Destacan entre ellos los siguientes: I.3. *Mejoramiento de estadísticas vitales*; II.1 *Desarrollo de los recursos humanos*; II.2. *Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos*; y II.3 *Rehabilitación de infraestructura y equipamiento*.
2. A contar del 2003, una nueva administración en la UCP/BID logró inyectar dinamismo al Programa, mejorando considerablemente la gestión y logrando revertir completamente una situación de severa sub-ejecución de actividades y recursos.
3. El BID y el MSPyBS, con el apoyo operativo de la UCB/BID, lograron cambiar el curso del Programa en algunos de sus sub-componentes, dando por terminados aquellos que adolecían de defectos de diseño y creando otros. Destaca la adopción del PCSB y su exitosa extensión al nivel nacional.
4. El Programa implementó un novedoso y efectivo sistema de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos mediante contratos competitivos con empresas privadas. El éxito del PCSB ha residido de modo importante en esa innovación.
5. La operación del PCSB vino acompañada, y muy probablemente es la causa, de un aumento importante en el consumo de servicios materno-infantiles en la última década. Esa mejoría en el acceso se registró sin ambigüedad al menos en los 5 departamentos hacia los que se orientó originalmente en Programa, según lo demuestran las cifras de las encuestas de hogares. Pero adicionalmente existe evidencia de otro tipo que sugiere que esa mejoría igualmente habría ocurrido en el resto del territorio nacional donde también operó el PCSB. Esta mejoría en el acceso se traduce en un aumento de la equidad en salud en Paraguay.
6. El Programa financió construcciones y renovaciones de infraestructura y equipamiento en sus localidades priorizadas, lo que indudablemente ha contribuido al mejor funcionamiento de la red de prestadores públicos de salud.

6.2 Problemas y desafíos del Programa

1. El Programa fue de diseño excesivamente ambicioso, al intentar abarcar diversas áreas, muchas de ellas complejas de implementar por su magnitud o innovación. Esa complejidad se vio exacerbada por la realidad de un MSPyBS con recursos humanos limitados en número y capacidades y, por ende, con limitada capacidad de operación y absorción del cambio. En el futuro, operaciones de crédito de esta naturaleza debieran propender a contar con diseños menos ambiciosos y menos optimistas.
2. El desafío impuesto por el complejo diseño no estuvo acompañado inicialmente de una unidad ejecutora eficiente, lo cual se tradujo en una importante sub-ejecución en los primeros años del Programa.

En futuros proyectos de esta naturaleza debe dimensionarse apropiadamente el nivel de esfuerzo requerido para la implementación.

3. Algunos de los componentes del Programa adolecían de un mal diseño. Ello parece haber sido el resultado de un pronóstico errado o de una visión optimista o ingenua de la evolución de las políticas de salud. Un ejemplo de esto es el sub-componente I.1 *Fortalecimiento de la autonomía regional*, cuya viabilidad dependía de decisiones políticas fuera del ámbito del Programa y, además, con una predecible baja probabilidad de ocurrencia. Por su parte, el subcomponente II.2 *Iniciativa el Profesional Excelente*,

Las características de su diseño permitían predecir que con altas probabilidades resultarían en conflicto, al conferir privilegios económicos y de otro tipo a los pocos profesionales que se beneficiaban de él.

Programas futuros deben prestar mayor atención al diseño de sus componentes, manteniéndolos simples y compatibles con la realidad observada, sin hacerlos dependientes de cambios externos con baja probabilidad de ocurrencia.

4. El diseño ambicioso, combinado con una unidad gestora inicialmente débil y un ministerio con alta inercia y capacidades de absorción del cambio limitadas, resultaron en un Programa cuya duración se ha prolongado en el tiempo por un período superior al doble del originalmente previsto.

En el futuro, operaciones de crédito como esta no deben aspirar a resolver todos los problemas del sector, sino que sólo unos pocos y los más prioritarios, adoptando para ello un diseño y un tamaño compatibles con las circunstancias del país.

5. Mantención del PCSB

- Siendo este un programa que ha marcado una gran diferencia en la entrega de servicios del MSPyBS a la comunidad, es vital resguardar su continuidad y mejoría del servicio. En pos de este objetivo, cabe destacar que el 7 de agosto de 2007 el Ministerio creó la Dirección del Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud con estructura, funciones y presupuesto para 2008 aprobado. Posteriormente, el 15 de enero de 2008 se dictó una resolución que nombró al Dr. César González como Director Interino de esa unidad cuyo objetivo estratégico es darle continuidad al sistema que implementó la UCP/BID. Especial importancia alcanza el hecho de que el Dr. González fue parte del equipo de la UCP/BID y por tanto conoce en detalle el Programa desde sus inicios, lo que le da una mayor opción de éxito en esa tarea.
- Otro elemento importante es que entre las tareas asignadas a esa unidad esta la de mantener la tercerización de la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos.
- En síntesis, resulta prometedor que parte del equipo integrante de la UCP que manejaba ese subcomponente, asuma responsabilidades equivalentes en la nueva Dirección y permita la real continuidad y desarrollo de lo alcanzado por el Programa.

La revisión de lo ejecutado desde su creación hasta la fecha, nos da algunas evidencias de carácter pronóstico. Resulta positivo que en el mes de febrero de 2008 se publicó la “Licitación Pública Nacional para adquisición de

medicamentos”²⁰. En contrario, se visualizan riesgos para el buen cumplimiento del Programa porque existe una asignación presupuestaria para la continuidad del PCSB, pero no para la ampliación definida²¹ que se iniciaría a contar de junio de 2008 y que no contaría con financiamiento externo durante la totalidad de año en curso.²² Este aumento incluye ampliar los beneficios de los menores de 5 años a los menores de 10 años, a la par de incluir nuevas enfermedades (alergia, asma, dermatitis, infección urinaria, gastritis, pre-eclampsia y eclampsia, vaginitis, amenaza de parto prematuro e infección puerperal).

Ante estos hechos adquiere mayor importancia y peso lo planteado como recomendación del BID que incluye: i) adoptar el sistema de gestión de insumos y medicamentos desarrollado por el PCSB para la gestión logística integral del sector, y ii) mantener las características del modelo en lo relativo a;

- Uso de Envases diferenciados
- Distribución directa de los kits a los servicios
- Mantención del sistema de información (uso del software)
- Reforzamiento de la supervisión capacitante

6. Convive con una UCP/BID eficiente, operando por fuera del MSPyBS, un MSPyBS con una limitada absorción de los principales cambios logrados por el Programa. En todo caso es digno de destacar el hecho de que en lo relativo al PCSB se hayan tomado medidas concretas para dar continuidad al sistema de tercerización de la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumo. . Se espera que esta acción permita asegurar que en el largo plazo no se vea amenazado esta iniciativa y se desaprovechen las bondades que el sistema nuevo ofrece para resolver los problemas crónicos de desabastecimiento del MSPyBS.

El éxito del Programa no garantiza la continuidad de sus actividades cuando es atribuible a la buena gestión de una unidad externa al MSPyBS. El BID debiera considerar internalizar en el MSPyBS la administración de un futuro programa. Aunque ello limite aún más el tamaño y complejidad del mismo, es posible que aumente las chances de que el cambio que promueva sea permanente. Incorporar a personal del MSPyBS a una UCP externa, para entrenarlos en la gestión del cambio, para luego devolverlas al MSPyBS no pareciera contribuir al objetivo de lograr la institucionalización del cambio. Al retornar al MSPyBS, esas personas son rápidamente absorbidas por otras responsabilidades y por otra cultura organizacional, las cuales diluyen y tornan obsoletos sus nuevos conocimientos.

7. Aunque el Programa parece haber mejorado considerablemente el acceso a la atención y reducido los gastos de bolsillo de la población por concepto de consulta, en algunas regiones incluidas en el Programa no pareciera haber contribuido a una disminución del gasto de bolsillo por concepto de medicamentos. Ello pareciera contravenir la mayor disponibilidad y la supuesta gratuidad de los medicamentos distribuidos bajo el

²⁰ Según lo registrado en “Informe de Avance del PCSB”, elaborado por el Dr. César González (2 abril 2008).

²¹ Ídem anterior (página 3 y anexo de patologías seleccionadas).

²² Ayuda memoria, Misión Especial BID (27 al 30 de noviembre de 2007).

PCSB. Este es un aspecto que debiera investigarse para determinar si el mayor gasto es una consecuencia benigna de la mayor disponibilidad de medicamentos o la existencia de prácticas inadecuadas, como la automedicación, uso de terapias inadecuadas u otro tipo de situación a evaluar.

3. La oportunidad de disponer de una línea de base en los 5 departamentos originales del Programa y de haber podido realizar una encuesta semejante al concluir el mismo, es un privilegio y refleja una preocupación por parte de sus diseñadores por disponer de información para poder evaluar el impacto del Programa. Futuros programas como este deben contemplar esfuerzos semejantes de evaluación.
8. No obstante sus logros, el PCSB ha impuesto al personal de la salud nuevas responsabilidades. Algunas de ellas son de carácter administrativo, como el llenado de formularios por parte de los médicos y otro personal de la salud sobre el consumo de medicamentos. El registro de esa información es indispensable para la evaluación y buen funcionamiento del PCSB. Sin embargo, debe revisarse el grado de detalle de los formularios a la vez que debe considerarse la adopción de supervisión y otros incentivos positivos para el adecuado llenado de esos formularios.
4. El exceso de burocracia puede ser contraproducente para un programa como este. Por ello, los requerimientos administrativos de iniciativas como el PCSB deben mantenerse en el mínimo indispensable. Además, deben contemplarse en el diseño mecanismos de control e incentivos para el adecuado cumplimiento por parte del personal de la salud con las demandas administrativas de estas iniciativas.
9. Aunque el sistema de registro de estadísticas vitales ha experimentado grandes mejorías con el Programa, la capacidad de análisis de esas estadísticas por parte del personal del MSPyBS se mantiene precaria.

La generación de nuevos sistemas de información debe venir acompañada desde su diseño de mecanismos que la aprovechen para un mejor funcionamiento del sistema de salud. Debe también estar acompañada de capacitación permanente al personal y de incentivos que les permitan beneficiarse personalmente de la adecuada generación y aprovechamiento de la información.

6.3 Lecciones aprendidas en el Programa:

En base a los aciertos y dificultades encontradas en el desarrollo del Programa, se puede concluir que un próximo Programa debiera:

1. Mantener vigentes los principios rectores: equidad, eficiencia y calidad de la atención
2. Ser elaborado con metas realistas, objetivos acotados y abordaje integral de los temas que permitan predecir con bajo nivel de riesgo su factibilidad de aplicación, considerando las características y ritmos de desarrollo del sector.
3. Acotar sus objetivos a los temas prioritarios,
4. No pretender avanzar en todos los frentes y necesidades en forma simultánea
5. Incluir temas con análisis previo de factibilidad política de aplicación, de forma tal de no comprometer tiempo, ni esfuerzo en aquellas situaciones de baja factibilidad política

6. Contar desde sus inicios con una UCP que cuente con el equipo profesional y técnicos con conocimientos y experiencia suficiente para desarrollar el proyecto en forma ejecutiva y eficiente, manteniendo una estrecha coordinación con el MSPyBS.
7. Desde un punto de vista administrativo.
 - a. Elaborar POA anuales
 - b. Establecer estrecha relación con MSPyBS y los distintos niveles operativos de la red, acorde al nivel de aplicación de cada subcomponente, de forma tal de optimizar la eficacia del programa. Esto resulta vital en todo lo concerniente a recursos humanos y políticas de comunicación y difusión a la población.
 - c. Establecer, desde un inicio procedimientos por escrito y velar por su cumplimiento, de forma tal de evitar situaciones tales como la no aplicación del mecanismo de selección definido en el “Profesional Excelente”.
8. Implementar mecanismos novedosos que lleven implícita una estrategia de colaboración público-privada, resguardando adecuadamente los mecanismos de control.

A continuación se presenta un detalle desagregado de las lecciones por cada componente y subcomponente del programa, independientemente del nivel de éxito alcanzado por cada uno de ellos, de forma tal de que esta sirva de guía en futuras iniciativas.

- A. Fortalecimiento de la autonomía regional: La descentralización es un proceso extremadamente complejo, con relevancia política que requiere de consensos de múltiples representantes de la comunidad. Para ser exitosa requiere de actores clave comprometidos en su desarrollo y de una base legal precisa para su implementación. Es una decisión del nivel país, no basta que haya consensos en el nivel micro si el nivel macro no está dispuesto a compartir su poder. No debe ser sólo una declaración de intenciones.

Ante ese nivel de complejidad se recomienda que iniciativas semejantes se sustenten en un complejo, detallado y oportuno diagnóstico de situación que se enriquezca con una fina planificación estratégica que incluya todos los frentes que el tema considera: sociales, políticos, administrativos, financieros, legislativos, etc. No debe basarse exclusivamente en “supuestos” respecto de la viabilidad política.

- B. “Profesional excelente”: La iniciativa estuvo operando por un tiempo limitado y posteriormente se descartó su continuidad. Entre los problemas causantes de su fracaso está el hecho de que su diseño incluía mejoras en el nivel de remuneración de los “nuevos” profesionales, como una forma de motivación para el desplazamiento hacia sitios geográficos previamente poco atractivos. Este diseño no consideró que la generación de esas diferencias en las remuneraciones entre profesionales que cumplen la misma función, traería repercusiones negativas en aquellos que no eran objeto de tales beneficios. Esto debió anticiparse. De igual modo debió anticiparse de una manera efectiva la opción de sustentabilidad de la iniciativa.

Por otra parte, se debió resguardar el estricto cumplimiento de la normativa diseñada para el reclutamiento y selección de los profesionales, porque de lo contrario se vulnera la credibilidad de la iniciativa. Esto aconteció al no dar estricto

cumplimiento a la normativa de selección de los profesionales y eso generó descrédito, sumado a los problemas ya descritos, transformándolo en una iniciativa “no deseable”

- C. Mejoramiento de las estadísticas vitales: Esta exitosa experiencia deja lecciones positivas, tales como el hecho de que es factible generar un avance cualitativo y cuantitativo importante, en colaboración con el MSPyB. Se debe considerar que lo avanzado no es una garantía permanente de éxito, ya que la necesidad de capacitación del personal involucrado es permanente. En base a las dificultades y barreras que se han observado se requiere brindar apoyo en el proceso de digitación de datos, de forma tal de actualizar los registros y validar los avances en forma concreta.

Se recomienda también la integración del trabajo de esta unidad en las relacionadas (epidemiología por ejemplo) y capacitación en el análisis de los datos generados, así como la búsqueda de recursos para implementar incentivos a la población que permitan salvar las barreras al registro que hoy se enfrentan.

- D. Desarrollo de los Recursos Humanos: La capacitación es una herramienta poderosa en la gestión de los recursos humanos, pero no es suficiente en forma aislada. Requiere ir acompañada de una planificación y coordinación entre los distintos niveles (central, regional y niveles operativos), respecto del personal a capacitar y de las funciones a cumplir (actuales y futuras). Al no efectuar esa coordinación se produce un derroche de recursos que sólo significan una ganancia para los funcionarios que han recibido la capacitación específica, pero no se traduce en una mejoría del sistema pensando en su labor asistencial. Es decir, el esfuerzo realizado, no llega a la población objetivo.

- E. Mejoramiento en el sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos: Este, sin duda alguna, ha sido un subcomponente exitoso y que se percibe de esa forma desde el punto de vista de la población usuaria. Lo positivo de esta experiencia traspasa lo asistencial, ya que también deja algunas lecciones en pos de eliminar ciertos prejuicios y “explorar” alternativas “novedosas”, especialmente en lo relativo a la interacción público-privada en materia de mejoría en la gestión.

Esta estrategia es clave para mejorar la calidad técnica de la atención, y así lograr estimular la demanda oculta (insatisfecha) y por lo tanto promover la utilización de los servicios disponibles.

- F. Rehabilitación de infraestructura y equipamiento: El mejoramiento de las condiciones de trabajo, impacta positivamente en la capacidad resolutive de los establecimientos (oferta), lo que finalmente estimula la demanda poblacional. Cabe señalar que la planificación de estos cambios debe incluir una proyección que se correlacione con la vida útil de la infraestructura y el equipamiento y de los cambios esperados en la oferta y la demanda. Si esto no es considerado en la etapa de planificación, puede resultar insuficiente o sobredimensionado respecto de las necesidades poblacionales.

Para ello es relevante asegurar una adecuada mantención de las nuevas inversiones, asegurando y comprometiendo ítems presupuestarios específicos que permitan cumplir la vida útil de sus componentes.

Adicionalmente esa planificación debe considerar no solo el establecimiento en particular, sino que un establecimiento en la lógica de una red, de forma tal que se mejoren los flujos globales y no unidireccionales.

Otro elemento clave en esta materia es considerar los aspectos básicos de aseguramiento de la calidad de la atención y fijar el horizonte al cual se espera llegar generando no sólo un cambio cuantitativo de las prestaciones de salud, sino que también cualitativo. Algunos de estos aspectos no fueron considerados y debieran incluirse a futuro, particularmente la definición de estándares básicos de atención acorde al estado del arte y el conocimiento científico en esas materias.

- G. Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia: Un sistema de este tipo requiere de un diseño fino que incluya la definición de niveles de resolutividad y flujos a nivel geográfico. Solo con esa base y esfuerzos en pos de lograr imprimir en la realidad lo definido en el papel, se puede establecer una red coordinada de establecimientos. En el caso de esta experiencia no exitosa, el problema puede haber estado en el hecho de que solo incluía un instrumento de apoyo (sistema de comunicaciones) para un sistema de referencia y contra referencia, faltando bases sólidas para su implementación, además de los problemas administrativos observados en lo relativo a las licitaciones. Esto significa que no será suficiente planificar el cómo superar los problemas de licitación para tener éxito en una iniciativa equivalente a futuro.
- H. Información, Educación y Comunicación: Si bien no hay elementos que permitan un análisis fino de lo acontecido en este subcomponente, vale la pena plantear que en la teoría se requiere de claridad de objetivos, recursos suficientes y “oportunos”, así como también de una estrecha coordinación intra y extra sectorialmente para tener éxito en iniciativas de esta naturaleza. Resulta crítica la oportunidad y la coherencia de los mensajes para llegar a la población.

Anexos**Anexo A: Entrevista semi-estructurada para informantes clave**

EVALUACION FINAL DEL PROGRAMA

REFORMAS A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, PARAGUAY

Cooperación técnica para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**FORMULARIO PARA ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE**

Fecha:
Institución:
Cargo:
Nombre entrevistado:

1. ¿Cuáles eran las expectativas en base a los objetivos del estudio?
2. ¿En qué diagnóstico se basó la definición de los objetivos y el diseño del proyecto?
3. ¿Qué dificultades enfrentó el proyecto en su desarrollo y cuál es el impacto de aquello en el logro de objetivos?
4. ¿Qué resultados relevantes mostró la Evaluación Intermedia?
5. ¿Qué efectos tuvo esa evaluación en el proyecto?
6. ¿Se produjeron cambios en el país en general y en el sector salud en particular, que afectaron y motivaron modificaciones en el diseño del Proyecto durante su desarrollo?
7. ¿Cuáles son los principales logros del Programa en la estructura organizacional del sector?
 - a. Autonomía regional
 - b. Profesional Excelente
 - c. Mejoramiento de estadísticas vitales
8. ¿Cuáles son los principales logros en el ámbito de atención primaria?
 - d. Recursos humanos
 - e. Acceso a fármacos e insumos
 - f. Infraestructura y equipamiento
 - g. Sistema de referencia y contra referencia
 - h. Información
9. ¿Qué fortalezas mostró el proyecto y qué lecciones deja al sector respecto de cómo avanzar en materia de atención primaria?
10. En su opinión, ¿se cumplieron los objetivos de componente I?
11. En su opinión, ¿se cumplieron los objetivos del componente II (atención primaria)?
12. Hubieron diferencias en el grado de cumplimiento de los objetivos del Programa en las distintas localidades donde se implementaron sus actividades? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron esas diferencias y a qué se debieron?
13. ¿Cuáles en su opinión serían los indicadores que mejor reflejan el impacto del Proyecto en la población?

ANEXO B: Cuadro Comparativo de Precios de Venta al Público y Costo de Medicamentos de la Licitación Pública Internacional 03/2005

Datos de la LPI 03/2005						Precios de Venta al Público Revista "Polimed" e Informes del MSPyBS			Ahorro Total en la Compra (Dólar \$)	
Ítem	Medicamento	Presentación	Cantidad a Adquirir	Costo Unit. (Dólar \$)	Costo Licit. Pub. Int. (Dólar \$)	Precio Unitario de Venta al Público (Gs.)	Conversión a Dólares (Tasa 1\$=6.000 Gs.)	Costo Venta al Público (Dólar \$)		
1	AMOXICILINA	SUSPENSION 500 mg. / 5 ml.	151.411	\$1,4660	\$221.968,53	51.838 Gs.	\$8,6396	\$1.308.127,95	\$1.086.159,43	1
2	AMOXICILINA + SULBACTAN	SUSPENSION Amoxicilina Sulbactam 250-250mg / 5 ml.	28.841	\$5,0000	\$144.205,00	45.500 Gs.	\$7,5833	\$218.710,92	\$74.505,92	2
3	ERITROMICINA	SUSPENSION 250 mg. / 5 ml.	13.351	\$2,8000	\$37.382,80	42.130 Gs.	\$7,0217	\$93.746,27	\$56.363,47	
4	PARACETAMOL	SOLUCION ORAL GOTAS 200 mg. / ml.	193.603	\$0,1250	\$24.200,38	10.040 Gs.	\$1,6733	\$323.962,35	\$299.761,98	3
5	SALBUTAMOL	SOLUCION PARA NEBULIZACION 5 mg/ml o 0,5 % o 0,5 g/100 ml.	58.748	\$1,2000	\$70.497,60	24.000 Gs.	\$4,0000	\$234.992,00	\$164.494,40	
6	SALBUTAMOL	JARABE 2 mg./ 5ml.	10.680	\$0,8335	\$8.901,78	15.292 Gs.	\$2,5486	\$27.219,17	\$18.317,39	
7	SALBUTAMOL	AEROSOL 100 mcg/dosis	32.400	\$2,8000	\$90.720,00	35.600 Gs.	\$5,9333	\$192.240,00	\$101.520,00	4
8	SALES DE REHIDRATAACION ORAL	SOBRES DE 27,5 a 28 gr.	214.200	\$0,4220	\$90.392,40	6.500 Gs.	\$1,0833	\$232.050,00	\$141.657,60	
9	CEFIXIME	SUSPENSION 100 mg. / 5 ml.	13.351	\$3,0000	\$40.053,00	54.000 Gs.	\$9,0000	\$120.159,00	\$80.106,00	
10	METRONIDAZOL	SUSPENSION ORAL 250 mg./5 ml.	102.000	\$1,8500	\$188.700,00	20.700 Gs.	\$3,4500	\$351.900,00	\$163.200,00	5
11	MEBENDAZOL	SUSPENSION ORAL 100 mg. / 5 ml.	102.000	\$0,2700	\$27.540,00	10.010 Gs.	\$1,6683	\$170.170,00	\$142.630,00	
12	HIERRO (SULFATO FERROSO + AC. FOLICO)	JARABE con SULFATO FERROSO como HIERRO ELEMENTAL + Ac. FOLICO	312.000	\$0,3700	\$115.440,00	11.250 Gs.	\$1,8750	\$585.000,00	\$469.560,00	
13	PENICILINA CRISTALINA	FRASCO AMPOLLA 1.000.000 UI.	10.800	\$0,5800	\$6.264,00	7.220 Gs.	\$1,2033	\$12.996,00	\$6.732,00	5
14	CLORANFENICOL	COLIRIO 0,5 % o 5mg/ml	33.000	\$0,8000	\$26.400,00	12.000 Gs.	\$2,0000	\$66.000,00	\$39.600,00	
15	PERMETRINA AL 5%	LOCION	18.000	\$0,6300	\$11.340,00	9.450 Gs.	\$1,5750	\$28.350,00	\$17.010,00	
16	VASELINA AZUFRADA AL 6 %	CREMA o POMADA	53.408	\$1,6800						5
17	AMOXICILINA	COMPRIMIDOS O CAPSULAS 500 mg.	225.868	\$0,0320	\$7.227,78	2.072 Gs.	\$0,3453	\$77.995,04	\$70.767,27	
18	PARACETAMOL	TABLETA O COMPRIMIDO 500 mg.	75.300	\$0,0075	\$564,75	671 Gs.	\$0,1119	\$8.424,19	\$7.859,44	
19	HIERRO (SULFATO FERROSO + ACIDO FOLICO)	TABLETA O COMPRIMIDO O CAPSULA CON SULFATO FERROSO como HIERRO ELEMENTAL + ACIDO FOLICO.	1.836.000	\$0,0300	\$55.080,00	568 Gs.	\$0,0947	\$173.910,00	\$118.830,00	5
20	PENICILINA BENZATINICA	FRASCO AMPOLLA 2.400.000 UI.	4.781	\$0,8000	\$3.824,80	11.500 Gs.	\$1,9167	\$9.163,58	\$5.338,78	
21	SULFATO DE MAGNESIO	SULFATO DE MAGNESIO 500 mg/ml o al 50%	4.800	\$2,0200	\$9.696,00	18.000 Gs.	\$3,0000	\$14.400,00	\$4.704,00	
22	NIFEDIPINA RETARD	TABLETA O COMPRIMIDO 20 mg.	108.000	\$0,0380	\$4.104,00	790 Gs.	\$0,1316	\$14.211,00	\$10.107,00	5
23	ALFAMETILDOPA	TABLETA O COMPRIMIDO 500 mg.l	108.000	\$0,1500	\$16.200,00	1.833 Gs.	\$0,3056	\$33.000,00	\$16.800,00	
24	GLUCONATO DE CALCIO	AMPOLLA con 100 g/l. o 10%	4.800	\$0,2000	\$960,00	1.820 Gs.	\$0,3033	\$1.456,00	\$496,00	
25	LACTATO RINGER	SOLUCION INYECTABLE	40.800	\$0,7950	\$32.436,00	9.760 Gs.	\$1,6267	\$66.368,00	\$33.932,00	5

Informe Final

26	OXITOCINA	AMPOLLA 5 UI / ml.	81.600	\$0,1150	\$9.384,00	2.160 Gs.	\$0,3600	\$29.376,00	\$19.992,00
29	DEXAMETASONA	SOLUCION INYECTABLE de 8 mg.	20.400	\$0,4500	\$9.180,00	19.000 Gs.	\$3,1667	\$64.600,00	\$55.420,00
30	SALBUTAMOL	COMPRIMIDO de 4 mg.	126.000	\$0,0048	\$604,80	775 Gs.	\$0,1292	\$16.275,00	\$15.670,20
31	MICONAZOL	OVULOS VAGINALES con nitrato de miconazol 200 mg.	4.200	\$0,2900	\$1.218,00	3.500 Gs.	\$0,5833	\$2.450,00	\$1.232,00
32	DIPIRONA	SOLUCION INYECTABLE 1g./2 ml.	20.400	\$0,2000	\$4.080,00	2.080 Gs.	\$0,3467	\$7.072,00	\$2.992,00
33	AMPICILINA	SOLUCION INYECTABLE 1 gr.	126.000	\$0,5800	\$73.080,00	10.995 Gs.	\$1,8325	\$230.895,00	\$157.815,00
34	GENTAMICINA	SOLUCION INYECTABLE 400 mg.	20.400	\$0,8000	\$16.320,00	16.200 Gs.	\$2,7000	\$55.080,00	\$38.760,00
35	METRONIDAZOL	SOLUCION INYECTABLE 500 mg./100 ml. o 0,5%	20.400	\$0,7260	\$14.810,40	15.370 Gs.	\$2,5617	\$52.258,00	\$37.447,60
36	CEFAZOLINA	SOLUCION INYECTABLE 1 gr.	40.800	\$1,4900	\$60.792,00	19.500 Gs.	\$3,2500	\$132.600,00	\$71.808,00
37	SOLUCION FISIOLOGICA DE CLORURO DE SODIO	SOLUCION INYECTABLE AL 0,9%	20.400	\$0,6230	\$12.709,20	5.110 Gs.	\$0,8517	\$17.374,00	\$4.664,80
\$1.436.277,21						\$4.972.531,48		\$3.536.254,27	

Porcentaje de
Ahorro: 71,12%

Observaciones:

- 1 En este caso la comercialización en el mercado es de 60 ml y se requiere 150 ml.
- 2 En este caso la comercialización en el mercado es de 50 ml y se requiere 100 ml.
- 3 En este caso la comercialización en el mercado es de 120 ml y se requiere 100 ml.
- 4 En este caso la comercialización en el mercado es de 120 ml y se requiere 150 ml.
- 5 No tiene precio de referencia en el mercado por ser Preparado Magistral.

<u>Fuente:</u>	Revista " <i>Polimed</i> " Junio a Agosto del 2005 e Informes del M.S.P. y B. S.	
<u>Fecha Elaboración:</u>	20/10/2005	
<u>Preparado por:</u>	Coordinación Modernización Sectorial: <i>Oca. Fca. Miriam Flecha</i> , Asistente Técnica y <i>Raúl Pecci</i> , Asistente Informático	

Anexo C: Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007, por zona geográfica**Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Central**

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	s/d	46,6%	s/d	31,8%	s/d	54,0%
Centros de Salud	53,3	56,3%	54,6	68,2%	21,7	34,1%
Hospitales	45,1	60,9%	72,3	66,9%	17,3	50,0%

Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Caaguazú

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	9,8	63,5%	1	34,9%	0	56,2%
Centros de Salud	30,3	42,9%	35,9	60,2%	2,8	42,8%
Hospitales	40,1	61,1%	61,4	53,9%	17,8	71,3%

Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Paraguari

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	8,8	49,0%	10,9	43,8%	6,3	60,9%
Centros de Salud	40,8	63,2%	58,1	68,7%	8,3	43,0%
Hospitales	30	46,8%	62,8	62,1%	6,7	55,5%

Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Guairá

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	14,4	42,2%	68,8	69,1%	8,3	73,1%
Centros de Salud	46,4	54,2%	74,7	65,3%	6	42,8%
Hospitales	44,6	74,7%	76,8	71,0%	22,2	66,7%

Cumplimiento Encuesta CONE años 2005 y 2007. Cordillera

Tipo de establecimiento	Infraestructura		Medicamentos e insumos		Instrumentales	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Puestos de Salud	14,7	57,9%	81,3	49,4%	4,2	72,0%
Centros de Salud	35	60,0%	58,8	63,7%	1,2	35,5%
Hospitales	37	42,8%	69	63,1%	22,2	61,2%