

PROGRAMA DE REFORMAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

(PR-0028)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO:	República del Paraguay		
ORGANISMO EJECUTOR:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)		
MONTO Y FUENTE:	BID/CO:	US\$39.000 <u>1/</u>	84%
	(Facilidad Unimonetaria)		
	Aporte local:	US\$ <u>7.600</u>	16%
	Total:	US\$46.600	100%
PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:	Plazo de amortización:	20 años	
	Período de desembolso:	5 años	
	Plazo iniciación obras:	4 años	
	Tipo de interés:	variable	
	Período de gracia:	5 años	
	Inspección y vigilancia:	1%	
	Comisión de crédito:	0,75% monto no desembolsado	
	Moneda del préstamo:	Facilidad unimonetaria:	
		50% en dólares	
OBJETIVOS:		25% en yen	
		25% en marco alemán	
	<p>El objetivo general del programa es 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.</p> <p>Los objetivos específicos son: 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</p>		

1/ Del monto del financiamiento hasta la suma de US\$32 millones podrá beneficiarse de financiación parcial de intereses con cargo a la Facilidad de Financiamiento Intermedia (FFI).

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).

DESCRIPCIÓN:

El programa comprende dos componentes:

1. Componente I - modernización de la estructura organizacional del sector (US\$4,2 millones) incluyendo la capacidad normativa y de planeamiento del MSPBS. Este componente financia: i) asistencia técnica para el fortalecimiento de la autonomía regional; ii) la iniciativa "El profesional excelente"; y, iii) el mejoramiento de estadísticas vitales.
2. Componente II - mejoramiento de la atención primaria en salud (US\$37,8 millones) mediante: i) el desarrollo y capacitación de los recursos humanos; ii) el mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos; iii) la rehabilitación de infraestructura y equipamiento, iv) el fortalecimiento al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; y, v) proyectos de información, educación y comunicación.

**CLASIFICACIÓN
AMBIENTAL:**

El Comité de Medio Ambiente en la reunión del 27 de junio de 1995 clasificó esta operación en la Categoría II. El perfil ambiental fue remitido al PIC el 25 de septiembre de 1996.

BENEFICIOS:

Los principales beneficios del proyecto están asociados a la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil principalmente entre los grupos de menores ingresos, a través de aumentos en la cobertura así como en la mejoría de la calidad de la atención. Esta se da a través de la definición de protocolos mínimos de manejo, la capacitación técnica asistencial del personal de salud y la definición de requerimientos profesionales según el nivel de

atención, la regulación del sector y la inversión en rehabilitación en infraestructura y equipamiento de los centros y puestos de salud del MSPBS. El programa mejorará la equidad en la distribución de recursos financieros y humanos a nivel regional; mejora la eficiencia interna y en la asignación de los recursos. Al fortalecer la autonomía regional, el Programa beneficia al sector en cuanto el planeamiento de la política en salud se realiza de forma coherente con los recursos totales disponibles y de manera congruente con las necesidades locales. La coordinación del sector público con el sector privado y la seguridad social, le permiten al sector público prestar servicios de salud sin expandir innecesariamente su nómina o su infraestructura.

RIESGOS:

Uno de los riesgos para el éxito del programa sería un cambio hacia el centralismo en la toma de decisiones, en el financiamiento y asignación de recursos, y en el diseño de política en el sector. Los compromisos de gestión, los convenios regionales de participación inter gubernamentales y con otros actores en el sector y las actividades de mejoramiento de la capacidad de planeación administrativa y financiera incluidos en este proyecto perderían sentido si se produce un cambio en agenda de reforma. Para mitigar este riesgo, el equipo de proyecto realizó un estudio detallado sobre el proceso de desconcentración que ha sufrido el sector salud, realizó varias actividades de discusión y divulgación de los resultados a nivel departamental, regional y con diversas autoridades a nivel central; las acciones del programa fueron diseñadas primordialmente para reducir los riesgos de entrar en un proceso de descentralización acelerado, como el que estaba promoviendo el MSPBS, sin definir con antelación las responsabilidades de los diferentes actores, medir los costos del proceso e incentivar el diálogo y discusión a nivel regional, local y nacional. La asistencia técnica del programa en el Componente I apunta a la realización de éstas actividades.

**FOCALIZACIÓN A
LOS GRUPOS DE
BAJOS INGRESOS:**

Conforme a lo estipulado en el documento de la Octava Reposición de Recursos (AB-1704, párrafo 2.15), y siendo que el mejoramiento de la atención materno infantil prestada por el sector público se dirige esencialmente a poblaciones pobres, se ha determinado que el programa propuesto cumple con las características de un programa focalizado hacia los sectores de bajos ingresos. De acuerdo al párrafo 2.13 del mismo documento, el programa se clasifica dentro de la categoría de equidad social y reducción de pobreza.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAÍS
Y EN EL SECTOR:**

El diseño del programa responde a la estrategia del Banco para los sectores sociales y se enmarca dentro de los lineamientos de la Octava Reposición. El Programa enfatiza acciones acordes con la estrategia para el sector salud expresada en el documento de país de 1994, donde el Banco propone apoyar el mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios descentralizados, la disponibilidad de recursos humanos calificados, el mejoramiento de la planificación y coordinación en el sector y el aumento de la cobertura de los servicios. El Programa se enmarca también dentro de la estrategia general del Banco para los sectores sociales la cual enfatiza: i) la definición clara de objetivos; ii) el enfoque cauteloso de la descentralización; iii) la evaluación del grado de preparación de las instituciones para realizar reformas en el sector y el correspondiente seguimiento de fases o pasos consecutivos durante el proceso; y, iv) la introducción de incentivos para mejorar la eficiencia en el sector.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES: 2/**

1. Como condiciones previas al primer desembolso se pactarán las siguientes, que deberán cumplirse a satisfacción del Banco: i) constitución de la unidad coordinadora central y de por lo menos dos de las unidades coordinadoras departamentales, con la estructura, las funciones y los medios adecuados para la ejecución del Programa (ver pár. 3.2); ii) la entrada en vigencia del Manual de Operaciones (ver pár. 3.8); iii) creación y reglamentación de la iniciativa del "Profesional Excelente", del correspondiente Comité Técnico y publicación del primer llamado a postulación de candidatos (ver pár. 3.14 y 3.15); y, iv) la formulación de las estrategias departamentales y del plan de inversiones para el primer año (ver pár. 3.28 y 3.29).
2. Durante la ejecución, como medio para instituir el mecanismo de seguimiento y revisión del Programa, el contrato indicará las condiciones que aseguren la programación de actividades, el seguimiento y la evaluación adecuadas del Programa como han sido acordadas con el país y se indican en los párrafos 2.18, 3.47, 3.48 y 3.49.
3. Se utilizarán recursos de la PPF con los cuales se comenzarán acciones para el arranque del programa. Estas actividades permitirán la consolidación del programa y el pronto cumplimiento de condiciones previas (ver pár. 3.49).

2/ El proyecto de contrato se encuentra en el Departamento Legal, disponible para consulta.

**CONTRATACIÓN DE
CONSULTORÍA Y
ADQUISICIÓN DE
BIENES Y
SERVICIOS:**

La contratación de consultoría y la adquisición de bienes y servicios relacionados y la contratación para la construcción de obras se efectuará de acuerdo con los procedimientos del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$2 millones para obra de construcción y US\$250.000 para bienes y servicios relacionados. La licitación por debajo de los límites mencionados se harán con base en la legislación nacional (ver pár. 3.40).

**EXCEPCIONES A
POLÍTICAS DEL
BANCO:**

La capacitación en gestión será llevada a cabo por "Association of University Programs in Health Administration" (AUPHA) y la capacitación en gerencia en salud reproductiva será impartida por la "United Nations Fund for Population" (UNFPA). La justificación de la contratación de estas agencias sin concurso esta basada en las razones descritas en el párrafo 3.21. Basándose en la amplia experiencia en el sector salud en Paraguay y los resultados positivos de sus actividades en el pasado, se propone la contratación directa de estas agencias como excepción a las políticas de contratación del Banco.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Aspectos demográficos y de salud

- 1.1 La población total de Paraguay estimada para 1995 es de 4,9 millones de habitantes, siendo el 53% de la población urbana y el 47% rural. La estructura de la población es joven, ya que el 15% de la población es menor de 5 años y el 40% tiene menos de 15 años. La tasa global de fecundidad (TGF) a nivel nacional para el período 1990-1995 fue de 4,5 hijos por mujer ubicando al país muy por encima del promedio latinoamericano de 3,2 hijos por mujer. Sin embargo, existen marcadas diferencias entre la zona rural y urbana, donde la TGF es de 5,8 y 3,3 respectivamente para el mismo período. A pesar de los logros alcanzados en materia de salud, la tasa de mortalidad materna es aún de 380 por 100.000 nacidos vivos, una de las más altas de América Latina ^{1/}. Los embarazos en adolescentes son muy frecuentes y la incidencia de abortos muy alta. Es aún más preocupante el hecho de que la mortalidad materna es ocasionada por causas que podrían reducirse relativamente fácil como las hemorragias, toxemia y complicaciones del aborto provocado. La mortalidad infantil en 1994 fue de 42 por mil nacidos vivos, el doble de Panamá y tres veces mayor que en Chile; además de las causas perinatales, las enfermedades transmisibles son las principales causas de mortalidad infantil.

B. El sector salud

- 1.2 El sector salud en Paraguay se compone de: el subsector público que tiene la responsabilidad de atención de un 73% de la población primordialmente de bajos ingresos; la seguridad social compuesta principalmente por el Instituto de Previsión Social (IPS) y otras entidades de seguridad social menores, afilian a aproximadamente el 17% de la población y alrededor del 10% de la población tiene seguro privado. La provisión pública de servicios de salud está a cargo no solamente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), sino también de la Sanidad Militar, la Sanidad Policial (parte del Ministerio del Interior), la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas y Hospital Neuropsiquiátrico), las municipalidades y los recién creados departamentos. El sector privado ocupa un importante rol en la provisión de servicios de salud en Paraguay, a través del creciente mercado de seguros privados y los de consultorios y clínicas privadas cuyos servicios son frecuentemente utilizados por el consumidor.

1. Financiamiento

- 1.3 Paraguay, como otros países de América Latina, tiene una participación relativamente baja de impuestos directos en el presupuesto público, mientras los impuestos indirectos contribuyen marcadamente a éste. El impuesto al valor agregado (IVA) contribuye al presupuesto de la nación dos veces más que los ingresos generados

^{1/} Comparativamente, Bolivia: 247 en 1988; Perú: 240 en 1989; Colombia: 140 en 1991; Chile: 41 en 1990; Ecuador: 120 en 1992; Brasil: 140 en 1985; Honduras: 220 en 1992; Estados Unidos: 8 en 1993. La tasa promedio para Latinoamérica y el Caribe fue de 169 en 1988.

por los impuestos a la renta. En 1995, el gasto público total fue de US\$1.663 millones el cual representa el 23,4% del producto interno bruto (PIB). Noventa y tres por ciento del gasto proviene del gobierno central, mientras 6,3% proviene de las municipalidades y 1,1% de los Departamentos 2/. Asimismo, el gasto público total en salud para 1995 fue de US\$180 millones (2,5% del PIB) de los cuales el MSPBS fue responsable de US\$92 millones.

- 1.4 El total del gasto en salud, sin incluir los gastos de bolsillo 3/ lo cual subestima estas cifras, fue de US\$207 millones en 1995, (2,9% del PIB), lo que equivale a un gasto per cápita promedio de US\$43 anuales. Estimando la participación del sector privado, sin contar los pagos directos de bolsillo, el sector privado genera ingresos de US\$27 millones (compañías de seguros y planes prepagados). Esto es más del 10% del gasto total en salud. Aunque desde 1993, el presupuesto en salud (sin incluir el sector privado) se incrementó en un 26%, y la asignación para el MSPBS se incrementó en 38%, los gastos públicos per cápita en salud continúan siendo muy bajos. El gasto público per cápita en salud fue de US\$37 para 1995, mientras el sector privado 4/ gastó US\$114 per cápita, o sea casi tres veces más que el sector público.

2. Fuente de financiamiento y evolución presupuestal

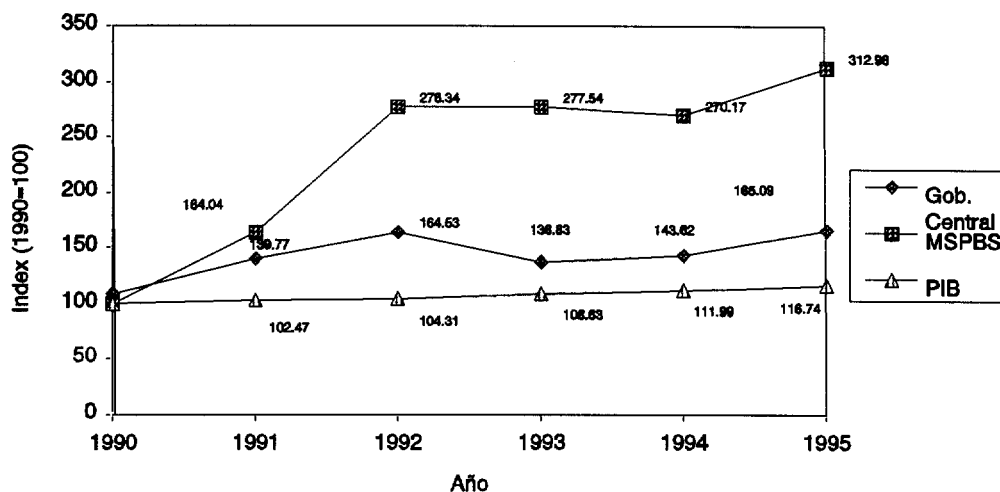
- 1.5 Para 1996 el 62,5% de los recursos del MSPBS provienen del Tesoro Nacional, 4,7% de fondos especiales, 14,2% de regalías de Itaipú, 6% de fondos propios y 13% de otras fuentes. El Presupuesto Nacional para el gobierno central decreció durante 1993 y 1994, recuperándose durante 1995; sin embargo, el gasto público en salud no sufrió recorte durante ese período. Más aún, los recursos públicos destinados a salud crecieron más que el crecimiento observado en el total del gasto público, indicando la prioridad que el gobierno ha dado al sector (Gráfico 1). Entre 1990 y 1995 el presupuesto del MSPBS (y su ejecución) aumentó en términos reales más de 300% y se proyecta un crecimiento de 32% entre 1995 y 1996. Mientras que el PIB y el presupuesto del gobierno crecieron muy moderadamente desde 1990, el presupuesto asignado al MSPBS como proporción del presupuesto del gobierno central, pasó del 3,5% en 1990 al 7% en 1995.

2/ Los Departamentos fueron creados en 1994 y su nivel de gasto aumentó de US\$7 millones en 1994 a US\$18,4 millones en 1995; se presupuestaron US\$22,2 millones para 1996. Para 1995 para todos los departamentos se gastó un promedio de 3% del presupuesto departamental en salud y se proyecta 4,4% para 1996. Para los cinco departamentos de interés de este proyecto, los departamentos destinaron 7,3% en 1995 para salud.

3/ Pagos directos a proveedores por prestación de servicios de salud y no reembolsados.

4/ Estimado solamente con base en los sistemas prepagos.

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MSPBS, DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO
CENTRAL Y DEL PIB. Paraguay 1990-1995



Fuente: Banco Central de Paraguay, Ministerio de Hacienda y MSPBS

- 1.6 El MSPBS ha hecho un esfuerzo por aumentar la eficiencia en la asignación del gasto. Así, siendo aún la remuneración de personal el rubro más importante del gasto, su peso relativo ha disminuido del 77% del presupuesto en 1992 a alrededor del 50% en 1995. Además, como efecto de las acciones del MSPBS de mejorar su gestión, el presupuesto administrativo, el cual no incluye personal de prestación de servicios de salud ni insumos, pasó de ser 32% en 1992-1993 a 12,5% en 1995. Un 32% de los recursos asignados al MSPBS son destinados a asistencia médica general y representan los recursos transferidos a las 18 regiones sanitarias para la prestación de servicios, lo que parecería poco cuando se observa que solo el "Centro Médico Nacional" (hospital de IV nivel) consume 11% del presupuesto.
- 1.7 En resumen, aunque el gasto en salud se ha incrementado en los últimos años, inclusive ante disminuciones del gasto público total, y que el MSPBS a través de esfuerzos en mejorar la gestión, ha reducido sus gastos administrativos y en personal, el gasto público en salud como las asignaciones presupuestales per cápita para salud son aún muy bajas y con importantes diferencias regionales.

3. Relación pública-privada

- 1.8 Es importante observar que las transferencias del MSPBS al sector privado, usualmente pagando a organizaciones no gubernamentales (ONG) por el desarrollo de programas y actividades donde el MSPBS no alcanza efectivamente a entregar servicios, aunque representan un rubro pequeño del presupuesto, han aumentado casi nueve veces desde 1993. Esto indica el mayor desarrollo de la relación pública-privada en la prestación de servicios de salud en algunas zonas y el reconocimiento del MSPBS del aporte privado ante las limitaciones del sector público.

4. Presupuestos regionales

- 1.9 Las asignaciones presupuestales y transferencias a las regiones sanitarias se realizan con base en los presupuestos presentados por la Dirección Regional de Salud correspondiente. El promedio de gasto per cápita en salud en las regiones ha oscilado entre US\$5,69 y US\$9,85 entre 1993 y 1996 (Cuadro 1). El gasto público per cápita en salud muestra grandes variaciones entre regiones, lo cual tiene implicaciones de equidad. Por ejemplo, mientras Central recibió una transferencia per cápita de solo US\$2,5 en 1995, Cordillera recibió US\$10,4. En el presupuesto de 1996 la mayor asignación per cápita se dirige a Alto Paraguay con US\$95 y las más baja para Central con US\$3,7. No es claro cual es el mecanismo de asignación de recursos entre regiones ya que de acuerdo al MSPBS éstas responden a los presupuestos consolidados en las regionales de salud. Por otra parte, pareciera que el MSPBS aplica de manera implícita un criterio redistributivo, asignando más recursos a las regiones más pobres. Sin embargo, son aquellas las menos densamente pobladas y quizá donde existe menos infraestructura pública, de manera que el asignar una proporción mucho mayor de recursos per cápita castiga desproporcionadamente regiones donde por ser más pobladas y tener una mayor infraestructura pública tienen mayores gastos recurrentes en el sector.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE TRANSFERENCIAS MSPBS 1995-1996

REGIÓN	% DE RECURSOS		% DE POBLACIÓN		VALORES PER CÁPITA	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Concepción	6,17	6,11	3,75	3,70	9,95	16,41
San Pedro	5,33	5,67	6,51	6,53	4,95	8,61
Cordillera	7,84	6,57	4,46	4,35	10,36	15,00
Guara	5,43	5,34	3,57	3,49	9,20	15,19
Caaguazú	6,82	6,53	8,88	8,79	4,85	7,38
Caazapa	3,66	4,13	2,90	2,84	7,66	14,43
Itapúa	8,44	7,88	8,93	8,94	5,71	8,75
Misiones	4,73	4,44	2,01	1,98	14,20	22,30
Paraguarí	6,21	4,57	5,13	5,00	7,33	9,07
Alto Paraná	7,89	8,36	10,99	11,35	4,34	7,32
Central	9,38	8,51	22,30	22,69	2,54	3,72
Neembucu	3,35	4,05	1,78	1,75	11,39	23,02
Amambay	3,50	4,11	2,50	2,50	8,48	16,35
Canindeyu	2,68	3,36	2,59	2,60	6,25	12,82
Pte. Hayes	4,31	4,27	1,52	1,52	17,18	27,94
Capital	12,02	9,95	11,22	11,02	6,49	8,96
Alto Paraguay	1,21	2,62	0,27	0,27	26,54	95,23
Boqueron	1,30	2,77	0,69	0,69	11,46	39,83
TOTAL	100,03	99,25	100,00	100,00	6,05	9,85
5 proyectos de la región	35,46	31,53	44,34	44,32	4,84	7,06

Fuentes: MSPBS; Secretaría Técnica de Planificación, Dir. Gen. de Estadística, Encuestas y Censos.
NOTAS: * En US\$ de 1995.

Las cinco regiones en las cuales el Banco concentrará los esfuerzos de su proyecto están sombreadas.

C. Principales características del sector

- 1.10 El sector salud enfrenta problemas estructurales que traen consecuencias de ineficiencia, inequidad y baja calidad de la prestación; a continuación una breve descripción de éstos.

1. Segmentación

- 1.11 El sector salud en Paraguay se caracteriza por una alta segmentación a nivel de proveedores, que ha conllevado a un altísimo grado de desarticulación de los diferentes subsectores: público, privado y seguridad social. Caracteriza al sector, no solamente la superposición de acciones sobre un mismo grupo poblacional como en el caso de aquellos que tienen seguro privado y son a la vez afiliados a la seguridad social, pero también el inmenso grupo de personas de menores ingresos que deben acudir al MSPBS para sus necesidades de salud, quienes no tienen mejores opciones y reciben una atención de mala calidad y no oportuna. La segmentación del sector hace que el planeamiento y la asignación coherente de recursos en búsqueda de metas nacionales en salud sea un proceso muy complejo o casi imposible de obtener.

2. Desarticulación institucional

- 1.12 La falta de coordinación institucional también se hace presente, trayendo como consecuencia la duplicación de responsabilidades y la confusión normativa y administrativa. El planeamiento regional en salud estaba a cargo del MSPBS a través de sus Direcciones Regionales. Sin embargo desde 1992 con la nueva Constitución, fueron creados los Departamentos, que geográficamente coinciden con las Regionales de Salud del MSPBS, pero cuya oficina encargada del sector salud (Secretaría de Salud de la Gobernación) se añade como otra instancia institucional. Aunque las Secretarías de Salud de la Gobernación tienen hasta el presente un volumen de recursos mucho menor que el de la Direcciones Regionales de Salud, ambas instancias trabajan sobre el sector de forma desarticulada, creando ineficiencias en la utilización de recursos y caos normativo.

3. Recursos humanos

- 1.13 El MSPBS tiene 11.000 funcionarios en el país. Con base en el "Censo de Recursos Humanos en el Sector Salud 1995" realizado en los cinco departamentos donde se concentra más de la mitad de la población y donde existe mayor concentración de infraestructura de salud pública y de recursos humanos, se encontró que el 67% de los recursos humanos allí asignados se dedican a la prestación directa de servicios de salud ^{5/}. La distribución geográfica de los recursos humanos es heterogénea, generando diferencias en la calidad y oportunidad de la prestación de servicios en los distintos departamentos; así por ejemplo, se encuentra que mientras Cordillera tiene 2,92 médicos por 10.000 habitantes, Caaguazú tiene 0,98. De la misma forma, se encontró que el nivel de formación técnica de los recursos humanos del sector es bajo, cuando tan sólo el 52% de los funcionarios tienen un título o certificado, el 30% no posee ninguno y se desconoce tanto a nivel central como regional y local, la información para el 18% restante.

^{5/} Incluyendo odontología y servicios de laboratorio. El 23% de los funcionarios ocupan cargos administrativos o de servicios generales y hay un 10% cuya función se desconoce.

- 1.14 Una gran proporción de los recursos humanos empleados en el sector no tiene más que capacitación de nivel primario incompleta y muchos de ellos han sido certificados como "idóneos" en su campo por un tercero. Además, la asignación de recursos humanos desde el nivel central, como se realizaba hasta 1995, creó inmensas dificultades para mantener consistencia con las necesidades locales específicas, y consecuentemente mantuvo muchos establecimientos de salud dotados de insuficiente personal y/o de personal inadecuado para el nivel de atención. El actual Ministro ha enfatizado el proceso de autonomía regional, responsabilizando a las Direcciones Regionales por la adjudicación de recursos humanos apropiados a las necesidades de los establecimientos en su jurisdicción. Este proceso ha facilitado comenzar el proceso de la adecuación de los recursos humanos al nivel específico de atención de los establecimientos y a las necesidades regionales.
- 1.15 A nivel del sector público de salud, la situación de los recursos humanos existentes representa un problema estructural del sector: i) el carácter permanente de los empleados públicos también se refleja en la permanencia de la asignación presupuestal en la región que contrató originalmente al empleado. Esto implica, que aunque el empleado sea posteriormente transferido a otra región, los recursos financieros para el correspondiente pago salarial siguen siendo asignados y transferidos a la región donde el empleado fue originalmente contratado. Como consecuencia se generan múltiples irregularidades en el proceso de contratación de nuevos empleados y se dificulta el planeamiento de nómina en el presupuesto ya que no existe perfecta coincidencia entre el monto presupuestado para nómina y lo realmente remunerado en cada región particular; ii) la estructura salarial no permitía hasta hace tan solo unos meses, la diferenciación salarial por regiones del país, desincentivando la movilización de funcionarios hacia las regiones más apartadas; iii) no existe en el país un sistema de certificación de profesionales ni tampoco incentivos para la actualización y mejoramiento profesional. Esta situación refleja la necesidad en el país de tener un sistema claro de formación de profesionales y técnicos de la salud aprobados por el Ministerio de Salud y Educación. Los títulos únicamente deben ser suministrados por programas de entrenamiento estructurados, aprobados y reconocidos por la autoridad del ramo.
- 1.16 A esto se suma el avanzado deterioro que presentan tanto la infraestructura como el equipamiento de los establecimientos públicos ^{6/} y a las dificultades para la oportuna provisión de medicamentos e insumos, todo ello traduciéndose en niveles precarios de calidad en la prestación del servicio.

^{6/} El "Estudio de relevamiento de infraestructura CAC/BID 1996" encontró que en las regiones del programa hay 225 establecimientos públicos y que el porcentaje de establecimientos en estado crítico y/o malo respecto al número de establecimientos públicos que existen, varía entre 19% y 59%.

4. Financieros

- 1.17 La rigidez presupuestal en el sector público presenta otro problema estructural en el sector. La limitación para la utilización de recursos propios en los establecimientos de salud, no solamente genera altos costos administrativos sino que también imposibilita el planeamiento de parte de los directores de establecimiento y de los Directores Regionales. Esta limitante incentiva la ausencia de responsabilidad por el manejo de los recursos y por la fijación y consecución de metas. Por otra parte, la asignación de recursos en salud tanto a nivel del MSPBS como de las Gobernaciones no corrige la inequidad en la asignación de recursos per cápita que hoy en día existe (ver Cuadro 1). La presupuestación es histórica y no existen sistemas de evaluación y control de manera que es fácil acarrear con disparidades presupuestales año tras año.
- 1.18 Estos problemas han traído como consecuencia un sector donde la calidad de la prestación es baja, no existen sistemas de control ni mecanismos regulatorios, y hay grandes desigualdades entre regiones.
- D. Recuperación de costos en los servicios públicos y gasto privado de bolsillo
- 1.19 Los establecimientos del MSPBS recuperan costos por concepto de atención curativa a niños y adultos, medicamentos entregados en el establecimiento, exámenes diagnósticos, atención del parto, consultas prenatales y hospitalización. Estos recursos deben ser enviados cada 24 horas al Ministerio de Hacienda a un fondo común.
- 1.20 De acuerdo a la información que los establecimientos reportan al Ministerio de Hacienda como "recursos propios", las cinco regiones del programa y Asunción, recobrarán un poco menos de US\$1 millón en 1996. De acuerdo a lo revelado por la encuesta de hogares, la recuperación de costos por los diversos conceptos, como se aprecia en el Cuadro 2, representa una cifra bastante más considerable de US\$11,5 millones, esto es el 12,6% del presupuesto del MSPBS ejecutado en 1995. Más aún, si esta cifra se expande a nivel nacional, se estima que el MSPBS recupera alrededor de US\$15 millones anuales, cifra no despreciable si se tiene en cuenta que el presupuesto total del MSPBS fue de US\$91 millones para 1995.

CUADRO 2
RECUPERACIÓN DE COSTOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS — 1996

	US\$ millones
Atención curativa a niños menores de 5 años	1,2
Atención curativa a personas mayores de 5 años	7,4
Atención obstétrica	2,6
Atención hospitales	0,3
Total anual	11,5

Fuente: Estimaciones con base en "Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud, MSPBS/BID 1996".

1.21 Las estimaciones revelan conclusiones importantes: i) las personas pagan de su bolsillo una cantidad considerable de recursos y es importante anotar que éstos provienen más que proporcionalmente de las personas más pobres quienes utilizan el sector público en mayor proporción que aquellos de mayor nivel de ingreso; ii) el sistema de reporte diario de ingresos y redistribución regional a través del Ministerio de Hacienda, genera un fuerte incentivo para reportar menos recursos de los generados, crea altos gastos administrativos para el MSPBS y desincentiva la prestación de servicios a nivel del establecimiento; iii) al no existir un compromiso de gestión atado a la generación y utilización de recursos propios, no existe responsabilidad alguna a nivel de establecimiento por el uso eficiente de tales recursos.

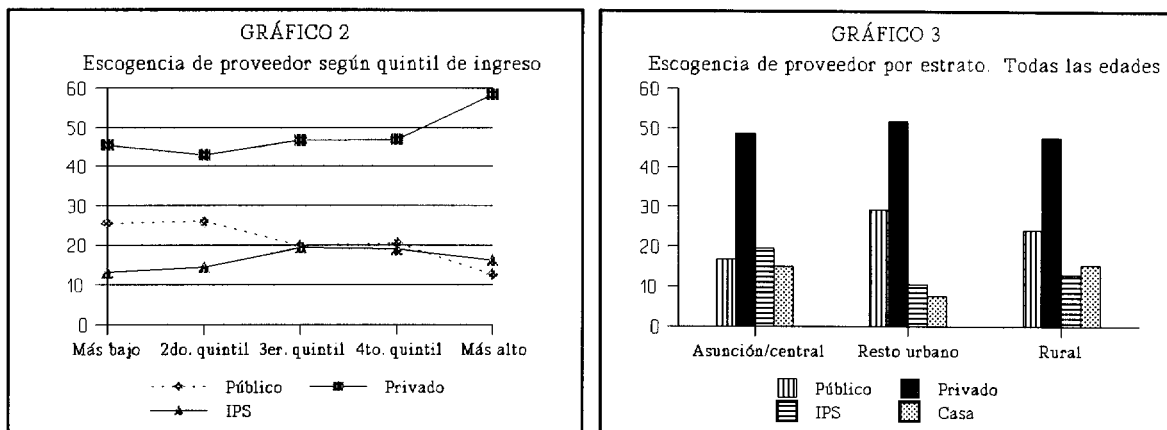
1.22 Durante la preparación del programa se llegó a un acuerdo con el país por medio del cual al inicio del programa, se permite a los establecimientos públicos manejar sus recursos propios de acuerdo a compromisos de gestión establecidos con la Dirección Regional de Salud.

E. Utilización de servicios

1.23 Dado que la utilización de servicios en los diversos subsectores, el MSPBS, los servicios privados y los proveídos por el IPS no estaba claramente establecida, el MSPBS con financiamiento del Banco realizó una encuesta de hogares con el fin de esclarecer los patrones de utilización de los servicios. Complementariamente se realizó una encuesta de proveedores y también se agregó un módulo a la encuesta nacional de salud reproductiva, CEPEP/CDC. Las informaciones a continuación provienen de estas fuentes.

1.24 Como se observa en el Cuadro 3 y las gráficas a continuación, al considerar todos los servicios de salud combinados, se observa que la utilización de los servicios privados en Paraguay es proporcionalmente más importante que la utilización del sector público, el IPS u otro tipo de servicio de salud (para mayor detalle ver Anexo I-2). Con excepción de los servicios de atención materna para los cuales el MSPBS juega un rol muy importante, una de cada dos personas que consultaron por un problema de salud, escogieron el sector privado

tanto en la zona rural como la urbana (Gráfico 3). De acuerdo a lo observado por la "Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud, MSPBS/BID 1996", esto ocurre tanto para consultas en todos los grupos de edad, como también para hospitalizaciones, y en todos los grupos de ingreso (Gráfico 2).



Fuente: "Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud, MSPBS/BID 1996".

CUADRO 3

Sector consultado (consulta curativa, todas las edades)	Proporción del total que consultaron
Curandero	9,6%
MSPBS	20,4%
IPS	9,2%
Consultorios y clínicas privadas	49,3%
En casa	4,6%
Farmacia	6,9%

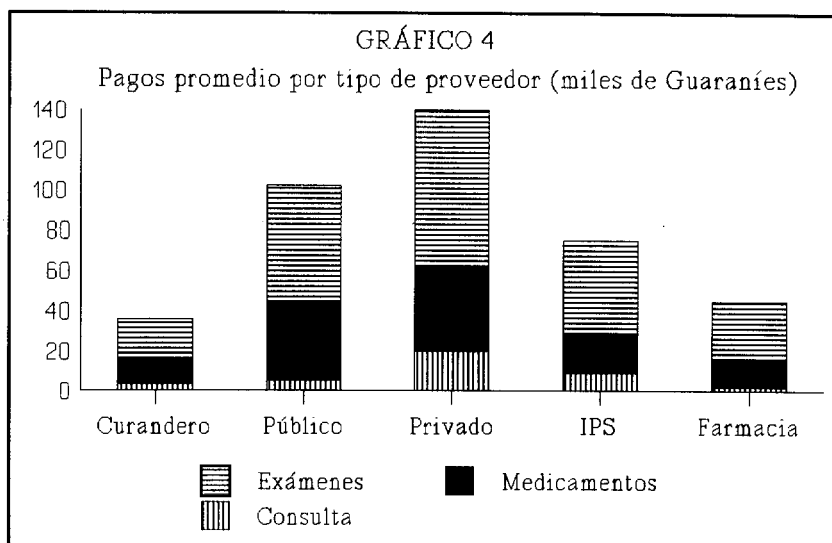
Fuente: "Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud, MSPBS/BID 1996".

- 1.25 Aunque el sector privado es más costoso (Gráfico 4), las personas utilizan éste en gran proporción, lo cual podría explicarse en parte porque en el sector privado los pacientes esperan cuatro veces menos que en el sector público para ser atendidos y la consulta dura casi el doble del tiempo de la consulta pública (Cuadro 4).

CUADRO 4

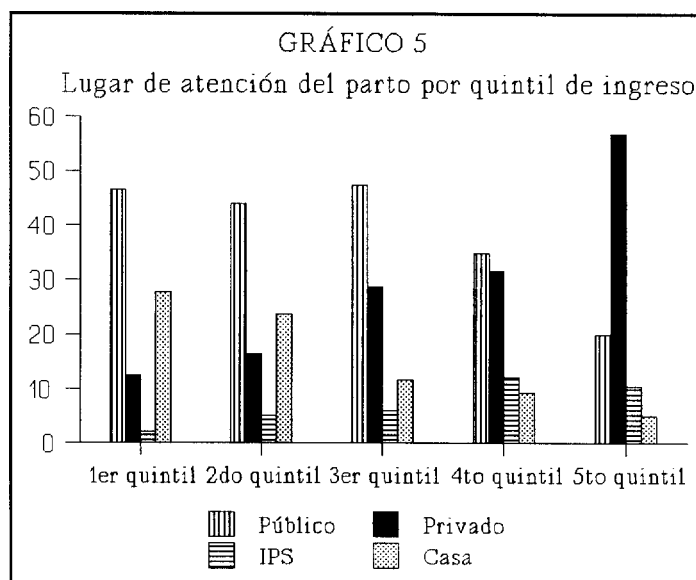
TIEMPOS PROMEDIO DE ESPERA Y DE ATENCIÓN PARA CONSULTAS MÉDICAS (minutos)			
	Sector público	Sector privado	IPS
Espera	48	12	58
En la consulta	4,5	8,7	4.2

Fuente: Encuesta de establecimientos de salud, MSPBS/BID 1995.



Fuente: "Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud, MSPBS/BID 1996".

1.26 La atención materna constituye un caso especial ya que excluyendo Asunción, en las cinco regiones más pobladas del país donde el 73% de los partos son institucionales, los establecimientos públicos atienden el 42% del total de los nacimientos, a pesar de la baja calidad del servicio y el estado de deterioro en el que se encuentran las instalaciones. El Gráfico 5 muestra la importancia del sector público para los grupos de menores ingresos y en especial para la atención materno infantil. La altísima mortalidad materna y perinatal, uno de los más graves problemas de salud que enfrenta el país, hace que la inversión en el mejoramiento de la atención materno infantil en los establecimientos del MSPBS sea quizás la más rentable e importante para el sector público y para los grupos de menores ingresos.



1.27 La mayoría de las personas pagan de su bolsillo por la atención tanto en el sector privado como el público. El 82% de las mujeres de menores ingresos pagan de su bolsillo por la atención, mientras

solo el 63% de las mujeres de mayores ingresos hacen lo mismo. Y mientras las primeras pagan un tercio del ingreso per cápita en atención al parto, las segundas pagan solamente el 20%.

F. Cambios recientes en el sector: la descentralización y proyecto de ley de reforma del sector

- 1.28 El sector salud es actualmente uno de los sectores de la administración pública en los cuales la dinámica de la descentralización ha adquirido un mayor rol en su agenda política. Una primera fase (1989-1994) de perfeccionamiento de la desconcentración iniciada en el pasado, dirigiendo las acciones al fortalecimiento de las regiones sanitarias mediante una redefinición de su organización, funciones, y recursos. En 1993 el MSPBS redefine las Regiones Sanitarias para coincidir geográficamente con los recién creados Departamentos en búsqueda de una articulación de las dos líneas de gobierno en el sector y redefine las responsabilidades de los Directores Regionales.
- 1.29 Una segunda fase del proceso se inicia en 1995 cuando el MSPBS define una estrategia de reforma dentro del sector salud donde se observa un progresivo desplazamiento hacia un modelo de descentralización que busca incorporar como entes administrativos a los recientemente creados gobiernos departamentales más que a las Direcciones Regionales de Salud. Actualmente, el MSPBS es la única instancia de la administración central que ha establecido sistemas de coordinación con los Departamentos (Consejos Departamentales de Salud), y en algunos casos con algunos municipios (Consejos Distritales de Salud) lo que le ha permitido iniciar acciones tendientes a lograr una mejor definición de las funciones de las Secretarías Departamentales de Salud y de las Regiones Sanitarias, al establecimiento de convenios de cooperación entre el Ministerio, los departamentos y municipios, y a la participación de las Secretarías Departamentales de Salud en el proceso de formulación, ejecución y evaluación del presupuesto de la Región Sanitaria.
- 1.30 El proyecto de Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, aprobado por la Cámara de Diputados en Diciembre de 1995 y se encuentra en su segunda fase de consideración por la otra Cámara. Se propone establecer el marco organizativo para enmarcar el proceso de desconcentración del sector, definiendo para el MSPBS un nuevo rol normativo, administrador y regulador de los servicios de salud, la creación del Sistema Nacional de Salud con la integración de proveedores públicos, privados y la Seguridad Social, buscando la provisión de servicios bajo la coherencia de los Planes Departamentales y locales de salud. La Ley propone la búsqueda de la paulatina participación de los gobiernos departamentales y locales en el financiamiento de los servicios; crea diversas instancias de integración a nivel nacional, regional y local de los distintos actores del sector, a través de los Consejos Departamentales y Distritales de salud y el Consejo Nacional de Salud. A su vez, la ley propone un sistema de control de calidad de la prestación de servicios de salud y la integración inter sectorial para el planeamiento en

salud, a través de la creación de un Comité Ejecutivo que reúne al MSPBS, el Ministerio de Hacienda, el IPS y los proveedores privados. Crea instancias separadas a cargo de la provisión de servicios (Dirección Médica Nacional), el financiamiento (Fondo Nacional de Salud) y la regulación del sector (Superintendencia de Salud).

- 1.31 A pesar de los avances logrados en materia de coordinación con los gobiernos departamentales y municipales, el MSPBS no dispone todavía de las condiciones adecuadas para llevar a cabo la transferencia total de responsabilidades a las autoridades regionales y locales en salud, lo cual se ha marcado como objetivo final del proceso. El proceso de preparación del Programa aquí propuesto, involucró a los gobiernos regionales y departamentales en la discusión con el gobierno central y el Banco sobre el rumbo creado para el sector, con el fin de evaluar las fases progresivas necesarias para el cumplimiento de las metas propuestas por el MSPBS. Como resultado, teniendo en cuenta la existencia de la debilidad institucional a nivel central, departamental y local, los costos y requerimientos del proceso, las actuales falencias en los procesos de presupuestación y asignación del gasto, y la necesidad de alcanzar consenso, se enfatizó la necesidad en el corto plazo de reforzar la autonomía regional de manera coordinada con los gobiernos departamentales para la convergencia de políticas, generación y administración de recursos para el sector. De esta forma el país continuará avanzando en su estrategia general de reforma del sector, definiendo alternativas para enfrentar las limitaciones actuales al proceso y avanzando en la negociación para la aprobación del proyecto de Ley y en el diseño de sus disposiciones reglamentarias.
- 1.32 El proyecto de Ley de Reforma en el sector (ver pár. 1.30) se propone dar el primer gran paso en el mejoramiento organizacional del sector, buscando aumentar la eficiencia en el gasto y la equidad en la asignación de recursos; así, el programa aquí propuesto (ver capítulo II) ha sido diseñado dentro de este marco, apoyando al Ministerio en su iniciativa de volcar responsabilidades al nivel regional e involucrando en el proceso a los gobiernos departamentales, particularmente en lo que se refiere al proceso de planificación, presupuestación y asignación del gasto en salud. Sin embargo, las acciones del Programa serían perfectamente sustentables aunque el proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud no fuera aprobado ya que la instrumentación de los cambios aquí propuestos no requiere de la aprobación de dicha Ley. Además, en caso de que ésta fuera aprobada y se creara el Sistema Nacional de Salud, las acciones propuestas por el Programa serían perfectamente coherentes con las necesidades del sector durante la implementación de ésta.

G. Justificación y alcance de las acciones del programa

- 1.33 Dado el estado de cambio institucional en el que se encuentra el sector salud en Paraguay en el presente, de los incrementos presupuestales para salud que se han venido dando en los últimos años

(ver pár. 1.5 y 1.6), de la ineficiencia en la utilización y asignación de recursos públicos y de la debilidad institucional existente en el sector, se considera prudente realizar acciones de mejoramiento de la estructura organizacional del sector y de mejoramiento de la atención, antes de introducir nuevas líneas y/o mecanismos de financiamiento para el sector, o introducir cambios drásticos en las modalidades de pago a proveedores. Todos estos cambios, aunque necesarios, deben introducirse en el momento en el que el sector se encuentre en un estado de preparación mayor para poder asimilarlos con éxito y a la vez disminuir el riesgo de fracaso. Este programa contribuye a la primera fase del proceso de reforma del sector, que podrá ser sucedido por futuras operaciones.

- 1.34 La introducción de nuevas modalidades de pago como la capitación por ejemplo, requiere para su éxito sistemas de información un poco más sofisticados a los existentes en la actualidad, y más importante aún, un nivel de calidad de la prestación de servicios aceptable y un sistema de control y supervisión que el país aún no tiene en pie. Además, y dada la importancia en utilización que tiene el sector privado, en ausencia total de regulación, el introducir sistemas de pago como la capitación en las condiciones actuales podría introducir aún mayor inequidad en la prestación; las personas más pobres y las más enfermas podrían recibir menor nivel o volumen de atención sin ningún sistema de control. Es por ello que también es fundamental comenzar con el proceso de regulación del sector privado para lo cual es necesario fortalecer la capacidad normativa del MSPBS, diseñar el marco regulatorio apropiado y congruente a las características del sector privado y crear la Superintendencia de Salud.
- 1.35 Aunque los recursos públicos asignados al sector salud son bajos comparados con otros países, es importante lograr mayor eficiencia en la utilización y asignación de éstos antes de aumentar en términos absolutos el tamaño del gasto. Así, las innovaciones financieras que introduce el programa apuntan a: i) incentivar la participación presupuestal creciente de los gobiernos locales con el doble fin de incrementar los recursos escasos en salud del MSPBS a nivel de cada departamento y a la vez incentivar la participación local en la toma de decisiones y en el planeamiento de las actividades en salud; la coordinación de acciones entre los diversos niveles de gobierno conlleva a una asignación más eficiente de los recursos, al evitar la duplicación de acciones; ii) introducir mecanismos que hagan la utilización de los recursos existentes más eficiente, como por ejemplo mejorando el sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos, y aumentando la capacidad de los centros de salud para la adecuada atención materno infantil, que hoy en día absorbe capacidad y recursos de atención hospitalaria; y, iii) introducir compromisos de gestión, atados a la retención y utilización de recursos propios en los establecimientos de salud, mecanismo que será utilizado de manera exclusiva en el sector salud como se acordó con el Banco y el Ministerio de Hacienda.

- 1.36 El proceso de evolución que ha sufrido el sector desde la Constitución de 1992 en búsqueda de aumentar la autonomía regional y la responsabilidad local, ha generado nuevas relaciones institucionales e instancias responsables por el financiamiento y la planeación en el sector. Sin embargo, a la vez ha creado creciente desarticulación institucional con las nuevas instancias de gobierno que emergen con los departamentos, superpuestas a las antiguas relaciones institucionales correspondientes a un gobierno centralizado. Así, el Programa responde a esta situación con asistencia técnica para el análisis detallado de las responsabilidades de cada nivel institucional, buscando coherencia en las nuevas relaciones a la vez que se define más claramente el rol normativo y regulador del MSPBS y se realizan actividades de información y consenso regional.

H. Estrategia social del Banco y estrategia del Banco en el país

1. Coherencia con la estrategia del Banco para el país y con la estrategia del Banco para los sectores sociales

- 1.37 El programa es consistente con la estrategia del Banco para el país donde se recomienda concentrar esfuerzos en: i) el desarrollo de los sectores sociales en particular de la provisión de servicios básicos a los grupos vulnerables de la población, en búsqueda de reducción de la pobreza; también enfatiza el mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios y programas sociales; ii) el apoyo al fortalecimiento institucional y la modernización del Estado. Asimismo, el programa es consistente con la estrategia del Banco para los sectores sociales, se enmarca dentro de los lineamientos de la Octava Reposición y enfatiza acciones acordes con la estrategia para el sector salud expresada en el documento de país de 1994, donde el Banco propone apoyar el mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios descentralizados, la disponibilidad de recursos humanos calificados, el mejoramiento de la planificación y coordinación en el sector y el aumento de la cobertura de los servicios. La estrategia general del Banco para los sectores sociales enfatiza: i) la definición clara de objetivos; ii) el enfoque cauteloso de la descentralización; iii) la evaluación del grado de preparación de las instituciones para realizar reformas en el sector y el correspondiente seguimiento de fases o pasos consecutivos durante el proceso; y, iv) la introducción de incentivos para mejorar la eficiencia en el sector. Las actividades del proyecto se insertan dentro de este marco de acción como se describe en el capítulo II (ver pár. 2.22).

2. Experiencia del Banco en el sector y lecciones aprendidas

- 1.38 El préstamo 694/SF-PR: programa de extensión de los servicios de salud pública rural II Etapa fue aprobado en 1982, su ejecución terminó en 1992 y fue recientemente evaluado. El programa dotó 15 regiones sanitarias de infraestructura y equipo. La evaluación del programa y los estudios realizados para la preparación de este proyecto indican la existencia de infraestructura creada que ha sido

totalmente equipada pero actualmente se encuentra cerrada y abandonada por falta de recursos humanos capacitados en la zona, o establecimientos en avanzado estado de deterioro por falta de mantenimiento. Hay dos tipos de lecciones: i) es necesario crear mecanismos alternativos para de manera paralela a la construcción y equipamiento de infraestructura, obtener el equipo humano necesario para operar el establecimiento; y, ii) es necesario asegurar una asignación suficiente de recursos para mantenimiento, concomitantemente con un mejoramiento de la gestión para responsabilizar al equipo profesional en el establecimiento, de la reinversión de recursos propios para el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

I. Trabajos realizados en la preparación del proyecto y beneficios obtenidos

- 1.39 Durante la preparación de esta operación el Banco apoyó al país en la preparación de los siguientes trabajos: i) estudio sobre el perfil epidemiológico; ii) levantamiento de la infraestructura física, equipamiento y red vial en establecimientos del sector público; iii) censo de recursos humanos en el sector público de salud 1995; iv) encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios de salud 1996; v) encuesta de establecimientos 1995; vi) módulo de acceso a servicios materno infantiles en la "Encuesta Nacional de Salud Reproductiva CEPEP-CDC 1996"; vii) análisis sobre la descentralización de los servicios de salud en Paraguay; viii) revisión de ingresos y gastos en salud.
- 1.40 Los tres últimos trabajos arriba mencionados tienen carácter nacional mientras los demás se concentran en los departamentos de Central, Caaguazú, Paraguarí, Guairá y Cordillera. Del desarrollo de estos trabajos se obtuvieron beneficios importantes para el MSPBS al obtener mayor información confiable sobre la situación del sector y desarrollar mecanismos para utilizarla como instrumento de planeación. Los resultados de los diversos estudios han sido discutidos a nivel departamental, con los Directores Regionales de Salud y los Secretarios de Salud de las Gobernaciones, lo cual generó gran interés en el país por la actualización del conocimiento sobre el sector y el manejo de información como instrumento de planeación.
- 1.41 El "Estudio sobre el Perfil Epidemiológico" no solamente reveló la importancia de la incidencia de las pérdidas o abortos en Paraguay, sino también interesó a los establecimientos de salud en la realización de la evaluación de su servicio y sus implicaciones sobre la salud materno infantil al desarrollar instrumentos de evaluación de establecimientos y realizar foros de discusión de los resultados a nivel regional. Se preparó una lista de medicamentos genéricos para la atención materno infantil. De la misma forma, el trabajo de relevamiento de la infraestructura pública definió sobre el terreno el mapeo exacto de los establecimientos existentes y clarificó bajo observación directa las necesidades de rehabilitación y equipamiento; a la vez se definieron los estándares arquitectónicos y de equipamiento de acuerdo al nivel de atención. El

Censo de recursos humanos obtuvo la información no solamente cuantitativa pero también cualitativa de los recursos humanos del sector, encontrando inconsistencias en las nóminas manejadas a nivel regional, central y los recursos humanos encontrados en los establecimientos; el Censo logró un nivel de detalle en la información que antes no manejaba el MSPBS, lo cual contribuye a la información necesaria para realizar sus funciones de planeamiento. El trabajo de descentralización en el sector permitió la realización de múltiples encuentros de discusión con diversas autoridades centrales y locales sobre los beneficios, costos y riesgos de la descentralización en salud, como la clarificación de qué pasos serían importantes realizar antes de implementar un mandato constitucional de descentralización. La Encuesta domiciliaria de utilización y percepción de servicios, como la encuesta de establecimientos, permitieron al MSPBS adquirir experiencia en el diseño y preparación de encuestas. A la vez, los resultados de las encuestas han actualizado la visión del sector en el país; de la misma manera, los resultados establecen el punto de partida de la situación de salud a ser comparada con información del mismo tipo que se recogerá al final de la implementación del Programa que se propone a continuación.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivo

1. Objetivo general del programa

- 2.1 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.

2. Objetivos específicos

- 2.2 Los objetivos específicos son: 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).
- 2.3 Las reformas sectoriales introducidas por el Programa serían aplicadas a nivel nacional por el Ministerio de Salud, mientras que las acciones de mejoramiento de la atención, y la implementación de incentivos para el mejoramiento de la gestión se concentrarán en 5 de los 17 departamentos del país, los cuales concentran aproximadamente el 50% de la población total del Paraguay (Central, Caaguazú, Cordillera, Paraguarí y Guairá). Por su parte, el Banco Mundial recientemente aprobó el financiamiento de una operación de US\$31 millones para el apoyo al mejoramiento de la salud materno infantil en otros seis departamentos del país, abarcando el 27% de

la población; también comprende un componente de apoyo al desarrollo infantil que incluye a Asunción. Aunque ambas operaciones se orientan hacia el mejoramiento de la salud materno infantil, el Programa del Banco de manera única se enmarca dentro del proceso de modernización del sector y apoya las acciones necesarias para llevar a cabo este proceso a nivel nacional; no constituye un Programa vertical de mejoramiento de la salud materno infantil. Otros donantes, como la GTZ, la JICA y el gobierno español financian operaciones puntuales esparcidas en las demás regiones del país.

- 2.4 La lógica de inserción del programa en la estrategia de modernización del sector a largo plazo se expresa en el Anexo II-1. Este se complementa con los indicadores de monitoreo y seguimiento en los Anexos II-2A y II-2B.

B. Descripción 7/

1. Componente I: modernización de la estructura organizacional del sector (US\$4.200.000)

- 2.5 Se propone el fortalecimiento de la autonomía regional y de la capacidad normativa y de planeamiento del MSPBS como ente rector del sector. El componente se apoya de procesos legislativos para la implementación de los cambios que se discuten a continuación. Se compone de tres subcomponentes:

- a. Subcomponente 1: fortalecimiento de la autonomía regional (US\$940.000)

- 2.6 Este subcomponente financiará asistencia técnica para:

- (i) El análisis y mejoramiento en la definición de las responsabilidades de las diversas estructuras institucionales actualmente existentes, buscando la coherencia de actividades entre la estructura existente del MSPBS 8/ con las nuevas instancias generadas a partir de la Constitución de 1992; con ella surgió la emergente participación departamental en la prestación y financiamiento de los servicios de salud a nivel regional 9/. Una vez definidas y consensuadas, estas responsabilidades se harían efectivas por Resolución Ministerial.
- (ii) El desarrollo e implementación del marco jurídico de convenios generales de cooperación entre las Gobernaciones y las Direcciones Regionales de Salud. También se apoyará convenios de prestación de servicios entre proveedores públicos, la seguridad social y el sector privado.

7/ El detalle de la modalidad de ejecución de cada componente del Programa se presenta en el capítulo III.
8/ Ministerio de Salud a nivel central, y Direcciones Regionales de Salud.
9/ Secretarías de Salud Departamentales, Consejos Departamentales y Distritales de Salud.

- (iii) Hacer efectivo el rol del Consejo Nacional de Salud como ente integrador del Sistema, incluyendo la reglamentación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en caso de ser aprobada.
 - (iv) El afinamiento en el diseño e implementación a través de Resolución Ministerial de una fórmula para la distribución a nivel regional de los recursos presupuestales del MSPBS y de los recursos departamentales que se destinan a salud, basada en criterios relacionados al nivel de pobreza, indicadores de oferta existente, e indicadores epidemiológicos y demográficos.
 - (v) El diseño e implementación de compromisos de gestión estimulando la responsabilidad local, la consecución de metas y la utilización eficiente de los recursos propios, estableciendo responsabilidades claras sobre el mantenimiento de infraestructura y equipamiento, el manejo de los desechos sólidos y el manejo adecuado del personal de salud. El Ministerio de Hacienda participa activamente de la formulación de los compromisos de gestión y del marco regulatorio que da las pautas generales para el manejo financiero de los recursos propios y para la supervisión adecuada del gasto. El programa comenzará en el primer año con compromisos de gestión con los Directores Regionales y los Directores de los Hospitales Regionales, de cuyas evaluaciones dependería el ejercicio de las responsabilidades directivas. Posteriormente, y según resultados de la evaluación, se extendería para abarcar un grupo más amplio de proveedores.
- 2.7 Este subcomponente incluye actividades de intercambio interregional de experiencias y de elaboración de consenso alrededor de los procesos de reforma del sector, tales como seminarios, talleres, etc.
- b. Subcomponente 2: iniciativa "El Profesional Excelente"
(US\$2.700.000)
- 2.8 Consiste en la creación de un sistema competitivo de selección de candidatos y asignación geográfica de médicos y enfermeras en el sector. La iniciativa denominada "El Profesional Excelente", crea un sistema de mérito y de incentivos para la consecución y asignación geográfica 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. Quienes participen del programa "El Profesional Excelente" tendrán un reconocimiento honorífico especial otorgado por el Ministerio de Salud, los círculos médicos y la Escuela de Medicina en Paraguay. La iniciativa está diseñada de manera que incentive la participación de profesionales recién egresados de excelente calidad técnica. Las condiciones de elegibilidad se describen en el capítulo III (ver pár. 3.14).

c. Subcomponente 3: mejoramiento de estadísticas vitales
(US\$560.000)

- 2.9 Comprende el diseño del mejoramiento del sistema actual de registro de nacimientos, con información específica de la madre y sobre mortalidad materna y perinatal, a la vez que su implementación y reconocimiento formal, incluyendo la capacitación para quienes han de generar y analizar la información.

2. Componente II: mejoramiento de la atención primaria en salud
(US\$37.860.000)

- 2.10 Se propone elevar la calidad del servicio prestado de acuerdo con normas técnicas aceptadas de dotación mínima de infraestructura, equipamiento y de recursos humanos calificados, la provisión oportuna de insumos, y la participación del sector privado y de la Seguridad Social en la prestación. Esto con el fin de facilitar a la población materno infantil, la prestación de un paquete básico de servicios de atención primaria. Se compone de cinco subcomponentes:

a. Subcomponente 1: desarrollo de los recursos humanos
(US\$2.040.000)

- 2.11 Se propone mejorar la capacidad técnica asistencial del personal de salud con especial énfasis en la prestación de servicios de atención materno infantil y de salud reproductiva, y la capacidad de gestión en los diferentes niveles asistenciales. La capacitación se realizaría en el establecimiento en el momento de la prestación del servicio, sin retirar al personal de salud de su puesto de trabajo ni de su realidad diaria. La capacitación estará dirigida a la resolución de la problemática que se presenta en el establecimiento y en la capacidad de respuesta actual de los profesionales. Compromete los siguientes tipos de capacitación: i) capacitación técnica asistencial "in situ", orientada a la corrección de problemas en la atención prenatal, atención del parto, post parto, salud reproductiva y planificación familiar, atención del recién nacido y atención al niño sano y el niño enfermo; ii) capacitación en gestión a nivel gerencial y directivo de las regionales de salud y al personal de los establecimientos de salud y capacitación en salud reproductiva; iii) capacitación a parteras empíricas con énfasis en la atención del parto normal, la salud reproductiva, la detección temprana del riesgo, e introduciendo incentivos para su vinculación al sector moderno para facilitar la referencia de casos de alto riesgo; iv) capacitación para el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia al personal de los establecimientos de salud, que consiste en el manejo adecuado de sistemas de comunicación y transporte; v) capacitación para el manejo de inventarios de medicamentos e insumos médicos para la atención primaria, la cual consiste en el manejo adecuado del sistema INVEC. Las acciones de capacitación incorporarán

instituciones del sector privado, universidades, asociaciones médicas y científicas, organismos especializados y algunas dependencias del MSPBS (ver capítulo III, sección 2a).

b. Subcomponente 2: mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos
(US\$10.100.000)

- 2.12 El objetivo de este componente es lograr un sistema eficiente de adquisición, almacenamiento y distribución oportuna de los medicamentos, a través de la creación de una relación con el sector privado quien ejercería tales funciones y distribuiría los insumos directamente a los establecimientos de salud. De esta forma, el MSPBS concentra esfuerzos en las responsabilidades de planificación, monitoreo y control que le permitirán afinar el proceso de estimación de necesidades de farmacia e insumos y delega las actividades actuales de compra, almacenamiento y distribución a una compañía (laboratorio) contratada para este fin. El MSPBS preparó con el equipo de proyecto una metodología para la estimación de necesidades de medicamentos para la atención primaria en cada departamento. Con este subcomponente se financiaría la provisión y distribución de insumos para la atención materno infantil, acordes con las necesidades establecidas por departamento. También se propone el montaje de un sistema de información y de manejo de inventarios, así como la capacitación para su manejo y control (ver pár. 2.11). Las actividades del subcomponente estarán acompañadas por un sistema de auditoría y supervisión (ver pár. 3.26).

c. Subcomponente 3: rehabilitación de infraestructura y equipamiento (US\$22.000.000)

- 2.13 Se propone rehabilitar la infraestructura y equipamiento de centros y puestos de salud y de los hospitales regionales que son centros de atención básica, con el fin de mejorar la capacidad resolutive de las unidades de salud. En especial, se propone mejorar los cinco hospitales regionales y aproximadamente 24 centros de salud para convertirlos en centros de mayor capacidad resolutive, creando una red de centros de excelencia para la atención materno infantil.

d. Subcomponente 4: fortalecimiento al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes (US\$1.920.000)

- 2.14 Consiste en el mejoramiento de la red de comunicaciones y transporte que une a los establecimientos de menor y mayor complejidad para facilitar la referencia oportuna de pacientes al centro asistencial más cercano y de capacidad resolutive adecuada al problema de salud en cuestión. Se propone lograr una red de establecimientos conectados por equipo de radio y/o vía telefónica, con medios de transporte disponibles y la dotación de equipos de radio portátil simple a parteras empíricas entrenadas; ello se complementa con la capacitación necesaria para el personal de salud sobre manejo de factores de riesgo y

protocolos de remisión, la capacitación a operadores de los sistemas de comunicación y transporte como se describe en los párrafos 2.11 y 3.25.

e. Subcomponente 5: información, educación y comunicación (IEC) (US\$1.800.000)

- 2.15 Se propone mejorar el conocimiento de la población sobre el autocuidado, la prevención de enfermedades, la prevención del embarazo temprano y el espaciamiento de los nacimientos, y la utilización adecuada de los servicios de salud. Realizaría actividades adecuadas a la cultura local, utilizando los medios de comunicación masiva, festivales de salud y actividades de representación teatral.

C. Relación entre componentes

- 2.16 Mejorar la calidad de la atención primaria, a través de las acciones descritas en el Componente II del Programa, sin avanzar en el proceso de reforma del sector en búsqueda de la corrección de los problemas estructurales del sector, no contribuiría en el largo plazo al mejoramiento del sector ni al nivel de salud de la población. Para que los efectos de las acciones de mejoramiento de la atención sean duraderos y efectivos, es necesario que éstos se enmarquen en un sector dirigido por instituciones articuladas con fines convergentes y con métodos claros de asignación de recursos. La articulación de los diferentes niveles de gobierno y la cooperación financiera es fundamental para la sustentabilidad de las acciones de mejoramiento de la atención y para el desarrollo la política del sector. El desarrollo de la regulación del sector privado, el monitoreo de estándares de calidad en la prestación y el establecimiento de convenios de cooperación son necesarios para articular las acciones en el sector y para garantizar el mejoramiento de la calidad de la atención en todos los subsectores.
- 2.17 La ejecución de los dos componentes estará estrechamente relacionada, ya que la realización de inversiones para el mejoramiento de atención materno infantil en cada departamento, (Componente II) estarán condicionadas a la existencia y actualización anual de los convenios de cooperación entre el Ministerio de Salud y las Gobernaciones. Así, las inversiones anuales estarán sujetas al cumplimiento de los compromisos adquiridos anualmente por las gobernaciones y las direcciones regionales de salud en el marco de los convenios generales (ver pár. 2.6(ii)), los cuales serán especificados anualmente a través de un acta o documento que clarifica los compromisos específicos a ser cumplidos durante el año en cada departamento.
- 2.18 Además, con base en los resultados de la evaluación de medio término (ver pár. 3.45) se determinarán las acciones a seguir. En caso de que la evaluación arrojase resultados negativos sobre el progreso de las acciones propuestas por el programa, se determinará si es necesario la cancelación del financiamiento de las acciones en el Componente I y el redimensionamiento del Componente II; esto significa que en dichas circunstancias y dada la importancia de las

inversiones necesarias para la entrega de servicios de atención materno infantil, es importante redefinir el tamaño del Componente II bajo los siguientes criterios: i) realizar las inversiones correspondientes a los recursos ya comprometidos hasta el momento de la evaluación; y, ii) realizar solamente las inversiones mínimas que permitan no reducir la tasa de retorno de las inversiones que ya se han hecho o se han comprometido. Siendo este programa la primera fase de un proceso de reforma del sector (ver pár. 1.33 y 2.1), el cual podría complementarse con operaciones simultáneas o en fase que podrían realizar acciones como las descritas en el párrafo 1.34, la evaluación intermedia establece además que en caso de no estarse cumpliendo con los acuerdos establecidos con el Banco en cuanto a las acciones de modernización del sector previstos en el Componente I, no se considerará el apoyo al proceso de reforma y modernización del sector con operaciones simultáneas o en fase.

D. Costos y financiamiento del programa

1. Costo del programa

- 2.19 El costo total del programa se calcula en el equivalente de US\$46,6 millones. A continuación se desglosa los costos de cada uno de los componentes:

CUADRO DE COSTOS
en miles de US\$

CATEGORÍAS	FUENTE DE FINANCIAMIENTO		
	BID/CO	LOCAL	TOTAL
1. Administración y supervisión 1/	2.500		2.500
2. Componente I: Modernización de la estructura organizacional del sector	2.100	2.100	4.200
2.1 Fortalecimiento de la autonomía regional	940		940
2.2 Iniciativa 'El Profesional Excelente'	600	2.100	2.700
2.3 Mejoramiento de estadísticas vitales	560		560
3. Componente II: Mejoramiento de la atención primaria en salud	32.360	5.500	37.860
3.1 Desarrollo de los recursos humanos	1.400	640	2.040
3.2 Mejoramiento sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos INVEC	5.240	4.860	10.100
3.3 Rehabilitación de infraestructura y equipamiento	22.000		22.000
3.4 Fortalecimiento al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes	1.920		1.920
3.5 Información, educación y comunicación (IEC)	1.800		1.800
4. Facilidad para Preparación de Proyectos(PPF)	400		400
5. Costos concurrentes	1.250		1.250
5.1 Auditoría sistema provisión de insumos	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	100,0

1/ Incluye gastos de financiamiento de la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP) (salarios incrementales de personal (ver pár. 3.4), remuneración y beneficios del asesor internacional, y servicios varios), la contratación de servicios para la fiscalización de obras y la identificación de necesidades de mantenimiento para el diseño de planes de mantenimiento.

- 2.20 Se propone que el eventual préstamo del Banco se ajuste a los términos siguientes:

CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO

Monto del préstamo	US\$39 millones
Plazo de amortización	20 años
Período de gracia	5 años
Período de desembolso	5 años
Tipo de interés	variable
Inspección y vigilancia	1%
Comisión de crédito	0.75% monto no desembolsado
FFI	US\$32 millones

**USO DE LA FACILIDAD UNIMONETARIA 1/
TIPO DE MONEDA
en miles**

US\$ DÓLARES	MARCO ALEMÁN	YEN JAPONÉS
19.500	16.285	1.195.350
50%	25%	25%

1/ Tasa de cambio utilizada es la publicada oficialmente en el "Wall Street Journal" del 4 de abril de 1997.

- 2.21 De acuerdo a las disposiciones del Banco, el país expresó el deseo de utilizar la facilidad unimonetaria de acuerdo al desglose presentado arriba.

E. Compatibilidad del programa con la estrategia del Banco y con los problemas del sector

- 2.22 El diseño del programa responde a la estrategia del Banco para los sectores sociales, según se describe en el capítulo I (ver pár. 1.37) a través de las siguientes actividades:

- El Programa refuerza la capacidad normativa y reguladora del MSPBS, apoya la definición de roles de las diferentes instancias gubernamentales como entes financiadores y compradores de servicios de salud, busca la participación de los diversos proveedores de una forma más articulada, y propone acciones concretas para el mejoramiento de la calidad de la prestación. Así, el Programa se constituye como una primera fase de un proceso de reforma que se propone el país, y que podría ser acompañado por el Banco con futuras operaciones.
- Desarrolla incentivos en búsqueda de la asignación más eficiente de recursos mediante: i) la iniciativa del "Profesional Excelente"; ii) el mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos; iii) la definición prioritaria de la entrega de un conjunto de atenciones altamente costo efectivas para el cual se dirigen las inversiones físicas, el equipamiento, la compra de insumos y el desarrollo de los recursos humanos; y, iv) la metodología

para la asignación de presupuestos regionales de acuerdo al nivel de pobreza, la oferta existente y otros indicadores sociodemográficos.

- c. Incentiva la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a través del desarrollo de convenios de cooperación, de la introducción de un nuevo sistema de desarrollo de los recursos humanos (capacitación y proceso competitivo en el mercado laboral), y a la vez promueve la creación e implementación del marco regulador apropiado para el sector.
- d. El programa se concentra en la definición y clarificación de responsabilidades y relaciones interinstitucionales en el sector con el fin de prevenir los riesgos que generaría el entrar en un proceso de descentralización acelerado y hacer más eficiente el proceso de desconcentración existente.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Estructura organizativa para la ejecución del programa

- 3.1 El MSPBS será el organismo ejecutor del programa por intermedio de la Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional (OPCI). La OPCI está conformada por una Dirección General, con el apoyo de varias dependencias que coordinan las actividades correspondientes a los proyectos que cuentan con apoyo externo. Una de ellas es la dirección de la Unidad Coordinadora del Programa del BID (UCP/BID), otra a la Unidad Coordinadora del Programa del Banco Mundial (UCP/BIRF), y una tercera encargada de la coordinación de otros proyectos (JICA, GTZ, KfW, etc.). Le corresponderá a la dirección general de la OPCI mantener el vínculo directo con el Ministro de Salud para la orientación general del Programa y sus políticas de ejecución, asesorar a las diferentes direcciones a su cargo sobre aspectos técnicos de los proyectos, asegurar la coherencia entre los mismos, y coordinar las actividades de ejecución conjuntamente con las demás Direcciones Generales del Ministerio.

B. Unidad coordinadora del programa UCP/BID

- 3.2 Corresponderá a la UCP/BID en cabeza de su director, asegurar la ejecución eficaz y oportuna del Programa, dirigiendo la planificación e implantación de sus aspectos técnicos, financieros y administrativos, y coordinando todas sus actividades con las Direcciones Regionales del MSPBS cubiertas por el Programa, a través de las UCP departamentales (UCPD). Para el cumplimiento de sus funciones, el director de la UCP contará con el apoyo de un asesor técnico internacional y uno legal y de cuatro coordinadores de área: administrativo-financiera, modernización sectorial, infraestructura y equipamiento; y, desarrollo de recursos humanos y actividades de información, educación y comunicación (IEC). Como condición previa al primer desembolso, el MSPBS deberá presentar al Banco evidencia de que ha constituido la UCP central y las UCPD con las estructuras y las funciones convenidas y estipuladas en el Manual de Operaciones del Programa.
- 3.3 Los coordinadores de modernización sectorial y desarrollo de recursos humanos e IEC contarán con un asistente a nivel técnico, mientras que el coordinador administrativo-financiero tendrá a su cargo dos oficiales de licitaciones y contrataciones, un asistente de contabilidad y otro de medicamentos e insumos, y el coordinador de infraestructura contará con el apoyo de una firma de arquitectura especializada, la cual será contratada con base en un contrato de servicios a tiempo discontinuo con cargo a los recursos del Programa. Esta firma de arquitectura será la misma que llevará a cabo el fortalecimiento técnico que se le brindará a la Dirección de Infraestructura de MSPBS.

- 3.4 Se prevé que algunos de los funcionarios de la UCP serán personal del MSPBS; el asesor técnico del Director será un consultor internacional. Teniendo en cuenta que el personal del MSPBS tiene una jornada de trabajo de cuatro horas y considerando la demanda de trabajo que exigirá la ejecución del proyecto, se propone completar la jornada laboral de los funcionarios de la UCP utilizando recursos del Programa. El costo incremental por el pago extra de salarios a estos funcionarios el cual se financiará con recursos del financiamiento, alcanza aproximadamente el 1,5% del costo total del proyecto; éste se justifica por la necesidad de contar con personal de dedicación exclusiva y de tiempo completo al proyecto, por la importancia de mantener en la UCP, debidamente motivados y comprometidos, a los funcionarios que participaron en la preparación del proyecto, y también, por la conveniencia de que sea personal propio del Ministerio quien aproveche la experiencia y los conocimientos que genere su ejecución.
- 3.5 Para el desarrollo de sus funciones, el director de la UCP contará adicionalmente con el apoyo del Comité de licitaciones que estará integrado por el director de la OPCI, el director de la UCP/BID, el coordinador administrativo-financiero; el coordinador del subcomponente del cual proviene la adquisición correspondiente, un representante de la Dirección Regional de Salud y un representante de la Secretaría de Salud de la Gobernación en cuestión. El comité que actuará tanto en licitaciones nacionales como internacionales, tendrá como principal función revisar que las actividades preparatorias para los procesos de licitación que fueran llevadas a cabo dentro de las normas acordadas con el Banco, presenciar las ceremonias del acto público de apertura de ofertas, y evaluar las ofertas recibidas de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos, garantizando la equidad y transparencia del proceso.
- 3.6 La estructura orgánico funcional de la UCP estará ampliada a nivel regional mediante la creación de las UCPD dentro de las Direcciones Regionales de cada uno de los departamentos del Programa, y con estrecha vinculación con las Secretarías de Salud de las Gobernaciones. Estas UCPD estarán compuestas por un coordinador técnico y un asistente administrativo que tendrán como funciones principales apoyar a la Dirección Regional en la realización, coordinación, seguimiento, control y evaluación de la ejecución de las diferentes actividades del Programa en su departamento respectivo, siempre en coordinación con la UCP/BID central.
- 3.7 Cada región sanitaria involucrada en el Programa contará con el apoyo de un Comité Asesor Regional, el cual estará conformado por el secretario de salud departamental, el director regional y un miembro del consejo departamental de salud. Para fines de la coordinación a nivel departamental, se han celebrado convenios de cooperación (marcos de políticas, establecimiento de prioridades, coordinación en asignación presupuestal) entre las Direcciones Regionales y las Gobernaciones para asegurar la apropiada administración y uso de los recursos asignados, la convergencia en la

política de salud en cada departamento, el uso de recursos financieros locales que permitan la correcta y oportuna ejecución del Programa y su sostenibilidad.

C. Marco operativo

3.8 La ejecución del Programa se regirá por un Manual de Operaciones acordado entre el prestatario y el Banco. La entrada en vigencia de este manual será condición previa al primer desembolso. Los dos componentes del Programa tienen sus propios lineamientos operativos, los cuales se presentan a continuación.

3.9 Serán financiables las siguientes categorías de inversión: capacitación, provisión y distribución de insumos, rehabilitación, adecuación y equipamiento de infraestructura, equipos de comunicación y transporte, asistencia técnica y actividades de difusión como seminarios y reuniones regionales y actividades de información, educación y comunicación.

1. Componente I: modernización de la estructura organizacional del sector

a. Subcomponente 1: fortalecimiento de la autonomía regional

3.10 Las acciones de asistencia técnica para el análisis de las capacidades institucionales comenzarán con la contratación por concurso de un grupo de consultoría para realizar los estudios correspondientes de acuerdo a los términos de referencia y el cronograma ya acordados con el Banco. Al finalizar éstos, se realizará un seminario de difusión, análisis y concertación de los resultados con participación de las diversas instancias institucionales involucradas, el MSPBS, el recientemente creado "Consejo para la Descentralización" encabezado por el Ministro de Hacienda, y con representación de la Seguridad Social y el sector privado.

3.11 El marco jurídico para los convenios de cooperación entre los diversos actores del sistema y las distintas instancias institucionales, ha sido elaborado y copias de los convenios celebrados serán presentados para la negociación. Igualmente, las Direcciones Regionales y las Gobernaciones actualizarán y especificarán anualmente las actividades a realizar dentro del marco del convenio. La aprobación del plan de inversiones anual para cada departamento está sujeto al cumplimiento de dichos compromisos por las partes (ver pár. 3.47 y 3.48). Asimismo, se espera que una vez realizado el estudio de taxonomía del sector privado y el diseño del marco regulatorio apropiado, se realizará una actividad de consenso regional para entrar en el proceso de aprobación de la legislación. Una vez aprobado, se realizarán reuniones periódicas del Consejo Nacional de Salud para diseñar mecanismos de control y supervisión del cumplimiento de las regulaciones ya estipuladas durante toda la vida del Programa. El mecanismo continuará después de establecido como parte de las funciones del Consejo Nacional de Salud.

- 3.12 Con el fin de reducir la inequidad a través del mejoramiento del proceso de distribución de recursos presupuestales tanto del MSPBS como de las gobernaciones se comenzará a aplicar de forma paulatina una fórmula simple de redistribución de recursos presupuestales involucrando la población e indicadores de pobreza como NBI. Ésta estará lista para el momento de la negociación. Sin embargo, ella será ajustada y mejorada durante la ejecución; para ello, se contratará un grupo consultor para el afinamiento de dicha fórmula de manera que se logre complementar con indicadores regionales epidemiológicos y de oferta y demanda de servicios de salud en todos los departamentos del país. Para la consecución de dicha información, el Programa realizará para todos los departamentos la encuesta de hogares realizada en cinco departamentos durante la preparación del programa. Una vez realizado este estudio de acuerdo al cronograma establecido con el Banco, se procederá a la implementación de éste con el respaldo de una Resolución Ministerial del MSPBS y en acuerdo con el Ministerio de Hacienda. El sistema continuará siendo aplicado durante la vida del Programa y continuará sujeto a revisiones y actualizaciones en el futuro.
- 3.13 El componente de modernización de la estructura organizacional del sector también contempla la reglamentación de la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, en caso de ser aprobada, y en especial en lo que concierne a las funciones del ya creado y en funcionamiento, Consejo Nacional de Salud. El componente incluye actividades de consenso interregional periódicas durante toda la vida del Programa, creando instancias de discusión con el gobierno central y los diversos actores del sector, de nuevas experiencias a nivel regional y local y de los procesos de cambio que sufre el sector. El propósito es comunicar a nivel nacional las experiencias que a nivel local son exitosas pero desconocidas a otros niveles, lo cual limita su replicabilidad a la vez de fomentar la discusión y lograr consenso alrededor de los cambios que el MSPBS deseara introducir al sector.

b. Subcomponente 2: iniciativa "El Profesional Excelente"

- 3.14 Esta iniciativa será establecida por resolución ministerial y acto público de reconocimiento. Con base en los estudios que soportan el Programa (infraestructura y redes, recursos humanos, y perfil epidemiológico regional), la UCP/BID de común acuerdo con las Secretarías de Salud de las gobernaciones y las Direcciones Regionales de Salud, publicará una lista anual de establecimientos donde se implantará el programa del Profesional Excelente. El llamado a concurso se hará anualmente por parte del MSPBS y el Comité Técnico Asesor ^{10/} seleccionará a los postulantes de acuerdo con los criterios de elegibilidad acordados con el Banco.

^{10/}

El Comité Técnico Asesor estará conformado por un representante del Ministro de Salud, el Director Regional Departamental, un representante de la Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Medicina, un representante de la sociedades médicas científicas, y un representante de la Secretaría de Salud de la Gobernación.

El concurso estará abierto por un plazo de 45 días incentivando la participación de profesionales recién egresados en la prestación de servicios en el sector público, sin crear distorsiones en el mercado existente de funcionarios públicos, y sin crear ningún tipo de obligación futura para el MSPBS en cuanto a prestaciones y beneficios para el contratado. El marco legal que actualmente cubre al funcionario público en Paraguay (Ley 200), las características específicas de los recursos humanos en el sector público de salud en Paraguay (ver pár. 1.15 y 1.16), y experiencias similares en otros países, advierten el importante riesgo que correría el MSPBS al permitir la intervención de actuales funcionarios públicos a participar de la iniciativa. Para mitigar este riesgo se ha acordado que los funcionarios públicos no serían elegibles. La UCP/BID recibirá las documentaciones presentadas por los postulantes y el Comité Técnico Asesor dispondrá de 15 días para llevar a cabo su análisis, evaluación y selección.

- 3.15 Una vez seleccionados los profesionales, se realizarán contratos de prestación de servicios por el lapso de un año, los cuales podrán ser renovados de común acuerdo entre las partes dependiendo de los resultados de las evaluaciones respectivas. Los contratos deslindarán toda responsabilidad por parte del MSPBS en materia de compromisos de permanencia en el cargo y compromisos jubilatorios o gremiales con el personal contratado. Los profesionales fijarán domicilio permanente en la población del establecimiento de salud asignado, quedando prohibido el traslado a otra comunidad. El primer año de implementación de la iniciativa será financiado con recursos del financiamiento del Banco; a partir del segundo año, el financiamiento será compartido con asignaciones crecientes de parte de los presupuestos departamentales y municipales. Como condición previa al primer desembolso, el MSPBS deberá presentar al Banco evidencia de: la aprobación del acto o actos administrativos por medio de los cuales se crea la iniciativa del "Profesional Excelente" con su correspondiente reglamento; la constitución y funciones del Comité Técnico; y la publicación del primer llamado a postulación de candidatos.

c. Subcomponente 3: mejoramiento de las estadísticas vitales

- 3.16 El Programa prevé mejorar el sistema de estadísticas vitales con acciones dirigidas a la creación de mecanismos para reducir el subregistro de los nacimientos, de las defunciones maternas y de menores de un año del 50% actual, hasta por lo menos el 20%. En este contexto el MSPBS buscará alternativas para eliminar el cobro del "impuesto" de registro (que en los departamentos del interior puede llegar hasta US\$20), se capacitarán todas las parteras no sólo para atención de parto (ver pár. 2.11 y 3.23), sino también para la recolección de datos de nacimiento; se hará obligatorio por parte de los establecimientos de salud públicos el reporte de los datos sobre nacimientos y defunciones maternas, y de menores de un año comenzando por los departamentos priorizados por el proyecto. Esta información constituirá la base del Registro Único de Nacimientos y del Registro Único de Defunciones. Para definir la

metodología de montaje de estos sistemas de registro, se contratará una empresa o un equipo de consultores internacionales con experiencia en diseño de sistemas de información para estadísticas vitales, quienes diseñarán los instrumentos de recolección de información, el sistema de información coherente con tales necesidades, su proceso de implementación y capacitación del personal en su manejo, de acuerdo a los términos de referencia en el Manual Operativo.

- 3.17 Con la finalidad de reducir los errores de registro se capacitarán recursos humanos en la captura de los datos y se desarrollarán mecanismos para la corrección de errores de registro (reporte a la unidad de recolección de nivel inferior y control de calidad del registro).
- 3.18 El Programa prevé también promover la utilización de la información para mejorar en los distintos niveles de decisión, el conocimiento de las variables demográficas relevantes para el diseño de políticas de salud. Para ello se capacitará al personal existente en los departamentos y en el nivel central y se dotará de soporte informático básico (hardware y software) para poder construir estadísticas vitales de interés a nivel departamental.

2. Componente II: mejoramiento de la atención primaria en salud

a. Subcomponente 1: desarrollo de recursos humanos

- 3.19 La **capacitación técnica asistencial - adiestramiento en servicio** - será llevada a cabo por dos equipos multidisciplinarios nacionales coordinados, asistidos y evaluados por dos asesores externos a lo largo de los cinco años de ejecución del Programa, mediante la realización de una pasantía de tres semanas por cada establecimiento elegible, a la que se sumará una semana de supervisión al año durante la ejecución del Programa. En total se estiman que se realizarán aproximadamente 269 semanas de capacitación en servicio beneficiando a cinco hospitales regionales y los centros de salud tipo "A". El costo de esta capacitación será financiado durante los dos primeros años del Programa con recursos del financiamiento del Banco. Durante el tercer y cuarto año de ejecución, el Banco financiará el 50% y el 25% del costo, respectivamente. Durante el quinto año y de ahí en adelante, será responsabilidad del Ministerio financiar este tipo de capacitación, para lo cual deberá hacer la respectiva asignación dentro de su ejercicio de presupuestación.
- 3.20 Los equipos multidisciplinarios estarán compuestos por un pediatra, un ginecólogo obstetra, un cirujano y una licenciada en enfermería. La selección de los equipos capacitadores será llevada a cabo mediante un concurso abierto de méritos y aptitudes y serán invitadas a postular universidades, clínicas, sociedades científicas y, equipos médicos docentes. Las propuestas deberán ser presentadas de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco y serán

evaluadas por un comité de selección conformado por el coordinador de capacitación de la UCP/BID, un representante de la Facultad de Ciencias Médicas, y los asesores externos del componente.

- 3.21 La **capacitación en gestión** será llevada a cabo por "Association of University Programs in Health Administration" (AUPHA), siendo ésta una red internacional de universidades con programas de administración en salud, imparte capacitación a nivel nacional en los países de América Latina y ofrece entrenamiento en gerenciamiento de servicios de salud en los programas de las universidades americanas pertenecientes a la red. La capacitación en gerencia en salud reproductiva será impartida por la "United Nations Fund for Population" (UNFPA); ambas son agencias especializadas que prestaron con éxito este tipo de servicios para el MSPBS durante 1993 y 1994. Habiendo estudiado alternativas para la ejecución de estas actividades, basándose en la amplia experiencia de las agencias mencionadas en el sector salud en Paraguay y los resultados positivos de sus actividades en el pasado, se propone la contratación de la AUPHA y la UNFPA como excepción a las políticas de contratación del Banco. La justificación de la contratación de estas agencias sin concurso esta basada en las siguientes razones: el conocimiento del país y sus instituciones, la amplia experiencia tanto nacional como internacional de las agencias, la buena calidad de los cursos impartidos y las evaluaciones positivas sobre los mismos, los ajustes que estos podrán realizar a los cursos en base a las evaluaciones anteriores, y el costo razonable de los cursos. El monto total de la contratación de ambas agencias es de US\$356.000.
- 3.22 La capacitación en gestión será ofrecida a aproximadamente 139 profesionales entre personal directivo y personal asignado a establecimientos y constará de dos cursos básicos: Gerencia en Salud y Gerencia en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. El primero será organizado y ofrecido por AUPHA y estará compuesto por los siguientes cuatro módulos: i) desarrollo de habilidades gerenciales; ii) información y toma de decisiones; iii) la organización de los servicios de salud; y, iv) administración de los recursos de salud. La duración de este curso será de seis meses, previéndose dictar tres de ellos a lo largo de los tres primeros años de ejecución del Programa. El segundo será organizado y ofrecido por UNFPA y constará de los siguientes módulos: i) unidad introductoria y liderazgo; ii) gerencia y negociación; iii) planificación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar; y, iv) evaluación de los programas de salud y toma de decisiones. La duración de este curso de metodología participativa será de cinco meses y se ofrecerán dos, uno durante el segundo año y otro durante el tercer de ejecución del Programa. El equipo de proyecto analizó el contenido de cada uno de estos módulos, la metodología utilizada para su desarrollo y el materia de enseñanza utilizado encontrándolos satisfactorios.

- 3.23 **La capacitación de parteras empíricas** se llevará a cabo en coordinación con la Dirección General de Salud Familiar, dependencia mediante la cual el MSPBS desarrolló actividades similares durante 1995 como parte del proyecto "Partera Amiga del Niño y de la Madre" (PANM). Este proyecto está dirigido a capacitar capacitadores de parteras empíricas con enfoque técnico y de relacionamiento a fin de establecer un vínculo institucional con este trabajador comunitario, a capacitarles en parto limpio, en enfoque de riesgo, referencia oportuna y lactancia materna, y a la incorporación de las parteras empíricas al sistema de referencia y contrarreferencia. Cada UCPD, en coordinación con su respectiva Dirección Regional, elaborará su programa previo al inicio del año presupuestario y lo elevará a la UCP/BID solicitando el apoyo requerido tanto en recursos materiales como humanos y financieros.
- 3.24 La capacitación a capacitadores será dada en las regiones sanitarias por personal del nivel central o personal regional ya capacitado. Se prevé capacitar alrededor de 150 capacitadores llevando a cabo 4 eventos (dos eventos simultáneos en el año 1 y otros dos en el año 4) con una duración de 1,5 días cada uno. La capacitación de parteras será realizada por los capacitadores regionales ya capacitados, pertenecientes a los establecimientos de salud distritales y locales. Para la capacitación de parteras, cada establecimiento de salud deberá identificar las parteras empíricas de su área de influencia y convocar para la capacitación que se llevará a cabo en su propio establecimiento. Se prevé realizar alrededor de 40 eventos de 1,5 días de duración los cuales cubrirán las diferentes regiones (40 eventos simultáneos durante el año 1 y otros 40 durante el año 4 del Programa), beneficiando a alrededor de 400 parteras empíricas. Esta actividad prevé también la realización de 75 eventos de monitoreo y evaluación de un día de duración cada uno a lo largo de la ejecución del Programa. Estos eventos serán realizados por los centros de salud de cabecera y tendrán como propósito desarrollar y mantener una comunicación continua con las parteras que permita evaluar la incorporación efectiva de las técnicas y procedimientos enseñados y promover su incorporación al sistema de referencia y contrarreferencia.
- 3.25 **La capacitación en el sistema de referencia y contrarreferencia** será implantada a nivel regional con la participación del Departamento de Transportes y Talleres del MSPBS y la colaboración y asesoría que prestará personal del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Paraguay, el Radio Club Paraguayo, y técnicos del Servicio Nacional de Emergencia Premédica (SENAEMPRE). Se prevé llevar a cabo 35 jornadas de un día de duración cada una para capacitación de choferes y operadores de radioteléfono a nivel regional. También se prevé la realización de una jornada anual a nivel central para técnicos y radio-operadores, como también dos cursos especializados de cuatro días de duración cada uno para conductores de transporte de emergencia que incluye conducción defensiva, aspectos técnicos legales, mantenimiento de transporte de emergencia, sistema de comunicación para transporte de emergencia, socorrismo y traslado de pacientes. Esta capacitación complementa la planeada sobre factores de riesgo, manejo de pacientes y técnicas de

referencia al personal de salud entregada dentro de la capacitación técnica asistencial (ver pár. 3.19 y 3.20).

b. Subcomponente 2: mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos

- 3.26 Para la provisión y distribución de medicamentos e insumos, el Programa prevé la contratación por licitación internacional de un laboratorio, el cual se comprometa a la provisión y distribución directa en el establecimiento de los insumos requeridos de acuerdo a un plan acordado con el MSPBS que incluye el tipo de medicamentos, la cantidad a distribuir, los tiempos de entrega, la calidad del producto y sus plazos de vencimiento. Inicialmente el laboratorio se contratará por dos años y seis meses antes de la terminación del contrato, se convoca a una segunda licitación. El sistema disminuirá los costos de intermediación y almacenamiento y responsabilizará al proveedor de la provisión oportuna de los insumos. Por otra parte, el subcomponente de capacitación de recursos humanos prevé el adiestramiento del personal de los establecimientos para el manejo del control de inventarios (INVEC). La convocatoria será centralizada en la UCP/BID y el proceso licitatorio para la escogencia de propuestas será apoyado por las unidades regionales a través del Comité de Licitaciones. La convocatoria estará sujeta a especificaciones técnicas de medicamentos consistentes con las mínimas de calidad utilizadas internacionalmente y de acuerdo a un listado de medicamentos que abarca los siguientes principios: i) deben ser medicamentos para la atención materno infantil; ii) el uso de antibióticos es limitado a las patologías que no pueden ser tratadas eficazmente de otra forma; iii) se utilizan genéricos. Se prevé la contratación de una firma para realizar anualmente la auditoría externa del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos. Los términos de referencia para la contratación de esta firma fueron ya acordados con el MSPBS y forman parte de los anexos del Manual de Operaciones.
- 3.27 Por razones de sustentabilidad de las actividades implantadas con el Programa, el financiamiento de la provisión de insumos con recursos de contrapartida local será creciente durante la ejecución del Programa. Se ha llegado a un acuerdo con el gobierno para que todas las compras de medicamentos dirigidas a la atención materno infantil en los cinco Departamentos del Programa, se realizarán dentro del esquema descrito. El esquema de financiamiento con recursos del Banco será de 100%, 80%, 60%, 40% y 25% para cada uno de los cinco años del Programa, respectivamente.

c. Subcomponente 3: rehabilitación de infraestructura y equipamiento

(i) Preparación y aprobación del Plan Anual de Inversiones y priorización de los proyectos

- 3.28 La justificación de las inversiones en infraestructura y equipamiento deberá estar enmarcada dentro de una estrategia departamental, la cual será el marco general de análisis para estudiar la

factibilidad de los proyectos de inversión en forma integral por departamento. Esta estrategia deberá contener elementos coherentes con dos propósitos: i) disminuir la inequidad regional; y ii) establecer una red de establecimientos con mayor capacidad resolutive para la atención materno infantil, basándose en indicadores tales como estado actual de la infraestructura, necesidad de rehabilitación de la infraestructura, y necesidad según el número de embarazadas por salas de parto, número de camas maternas por cada 10.000 mujeres en edad fértil, y número de consultas anuales.

- 3.29 Las inversiones se destinarán prioritariamente para los hospitales regionales y los centros de salud tipo "A", siendo estos últimos establecimientos de salud existentes a los que es necesario dotar para aumentar su capacidad resolutive de forma que les permita atender partos normales, manejar alto riesgo y proveer atenciones pediátricas ambulatorias y de internación de baja complejidad. Inversiones en centros de salud tipo "B" (establecimientos de menor capacidad resolutive que los centros "A", dotados con recursos humanos y equipo adecuado para atender partos normales y consulta pediátrica), sólo podrán realizarse - al igual que en puestos de salud - una vez concluidas las demás inversiones y estarán sujetas a la disponibilidad de recursos y a la elegibilidad de las mismas de acuerdo con los criterios acordados. La presentación de las estrategias departamentales junto con el plan de inversiones para el primer año será condición previa al primer desembolso.
- 3.30 Las UCPD procederán a preparar las carpetas de propuesta de proyectos siguiendo los lineamientos de la Guía para la Presentación de Proyectos anexa al Manual Operativo. Para estos efectos podrán recibir el apoyo de la Dirección de Infraestructura del MSPBS o de la UCP/BID, por intermedio de la coordinación de infraestructura y equipamiento.
- 3.31 Una vez recibidas las carpetas por parte de la UCP/BID, se procederá a evaluarlas a fin de determinar si los proyectos se enmarcan dentro de las estrategias departamentales acordadas, y si cumplen con los criterios de elegibilidad y los criterios técnicos establecidos. Para poder establecer prioridad entre proyectos igualmente elegibles dentro de un departamento, los proyectos serán también sometidos a un proceso de priorización basado en un sistema de pesos relativos otorgado a los criterios de elegibilidad como se describe en el Manual Operativo; por ejemplo la dotación adecuada de recursos humanos y la existencia de un plan de mantenimiento preventivo reciben un mayor peso. Bajo este marco, la UCP/BID procederá a revisar y consensuar conjuntamente con el correspondiente comité asesor regional el plan anual de inversiones en cada departamento.
- 3.32 Una vez consensuados los programas de inversión departamentales, la UCP/BID procederá a preparar el plan anual de inversiones globalizado. Este programa de inversiones será revisado posteriormente por el Banco dentro del ejercicio anual de seguimiento del proyecto (ver par. 3.47). Una vez aprobados los proyectos pasarán a ser

desarrollados a nivel de diseño ejecutivo para luego pasar a ser licitados por la UCP/BID dentro de los procedimientos acordados con el Banco.

(ii) Límites del financiamiento

- 3.33 El monto máximo de los proyectos corresponderá al costo de colocar al establecimiento dentro de los estándares funcionales acordados entre el MSPBS y el BID, tanto para obras civiles como para equipamiento. Dichos montos máximos han sido establecidos a nivel detallado de forma particular para cada uno de los establecimientos en la red pública de los cinco departamentos del Programa, a través del relevamiento de necesidades hecho en el terreno. La correspondencia entre dichos montos máximos y los proyectos específicos presentados, será evaluada por la UCP/BID al momento de revisar las carpetas para conformar el plan de inversiones anual.
- 3.34 El costo del componente de supervisión de cada proyecto no podrá exceder el 5% de su costo total. El Manual Operativo contiene como anexo los términos de referencia para la contratación de los servicios de supervisión de obras.

(iii) Establecimiento del techo financiero por departamento

- 3.35 Con el fin de disminuir las brechas existentes entre regiones se estableció un techo financiero por departamento el cual ha sido determinado de acuerdo con la siguiente fórmula desarrollada con indicadores específicos para cada departamento: un 50% con base en la población objetivo y otro 50% con base en los siguientes indicadores cuyos pesos han sido divididos en partes iguales: infraestructura existente en estado crítico, necesidad de rehabilitación y equipamiento de infraestructura, atención materna (embarazadas por sala de parto), y atención materno infantil (consultas per cápita).

(iv) Aprobación de los proyectos

- 3.36 Los proyectos que formen parte del Plan Anual de Inversiones cuyos montos excedan US\$1 millón deberán ser previamente aprobados por el Banco. Sin embargo, los primeros cinco proyectos a financiar deberán ser sometidos para la aprobación previa del Banco. Posteriormente, el Banco revisará anualmente una muestra aleatoria de proyectos aprobados por la UCP a fin de determinar el cumplimiento de los criterios, normas y procedimientos establecidos para la ejecución del Programa.

d. Subcomponente 4: fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes

- 3.37 Las actividades de este subcomponente se centran principalmente en la adquisición de los equipos de radiocomunicación y de transporte de emergencia (ambulancias) y serán ejecutadas por la UCP/BID en coordinación con la unidades especializadas del MSPBS y las Direcciones Regionales de Salud. En principio, todos los hospitales regionales y los centros de salud tipo "A" priorizados serán

dotados con estos equipos, así como también los centros de salud tipo "B" y puestos de salud que hayan sido priorizados dentro del subcomponente de rehabilitación de infraestructura y equipamiento. Aquellos centros y puestos de salud que no hayan sido rehabilitados dentro del Programa serán elegibles dentro de este componente pero serán priorizados de acuerdo con los siguientes criterios: i) que tengan un establecimiento de salud de mayor complejidad en un radio de 15 km a 20 km; ii) que estén ubicados en las regiones más desprotegidas de los departamentos de Caaguazú y Central; y iii) que no cuenten con redes telefónicas propias y utilicen servicios públicos de cabina fuera del establecimiento.

e. Subcomponente 5: información, educación y comunicación

- 3.38 Las actividades de este subcomponente serán ejecutadas por la UCP/BID en coordinación con la Dirección de Promoción y Educación del MSPBS. Para la producción del Plan Maestro de IEC, la elaboración de manuales y otros impresos, la producción de espacios de radio, videos educativos y campañas televisivas, se contratarán los servicios de una firma especializada durante el primer año de ejecución del Programa. Corresponderá a la Dirección de Promoción y Educación apoyar en la provisión de informaciones técnicas para la producción de los materiales educativos e informativos, participar en la selección de los entes contratados, dar su opinión sobre los productos elaborados por la firma contratada, y normatizar la emisión, publicación y distribución obligatoria de los materiales. La UCP/BID apoyará técnicamente a dicha Dirección en la programación de actividades, el control de calidad de los productos, la coordinación con la firma contratada y los medios de comunicación, y supervisará y monitoreará la ejecución del subcomponente. La actividades de difusión se iniciarán a partir del segundo año del Programa cuando se cuente con todos los materiales de educación y comunicación, libretos para teatro popular y cronograma de actividades para los primeros festivales de salud.

D. Mantenimiento de infraestructura y equipamiento

- 3.39 El programa prevé la realización de actividades de mantenimiento tanto preventivo como operativo. Las inversiones del Componente II del programa en cada departamento están sujetas anualmente a la asignación de recursos presupuestales suficientes para el mantenimiento y la elaboración de un plan correspondiente. A nivel de los subproyectos de inversión, la presentación de un plan de mantenimiento preventivo para los establecimientos es condición necesaria de elegibilidad (ver pár. 3.31). De la misma manera, los compromisos de gestión que permiten la utilización de recursos propios a nivel de los establecimientos de salud, establecen como prioridad el financiamiento del mantenimiento preventivo (ver pár. 1.22). El mantenimiento operativo de infraestructura será contratado a una firma, los que deberán realizar las acciones identificadas por quienes realizan la supervisión de obras. El mantenimiento de equipos adquiridos a través del programa se realizará a través del proveedor de éstos como parte de la licitación de compra.

E. Adquisiciones de bienes y servicios

- 3.40 Las adquisiciones de bienes y servicios relacionados y las contrataciones de construcción de obras se llevarán a cabo conforme a los procedimientos normales del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$2 millones para obras de construcción y US\$250.000 para bienes y servicios relacionados. Las licitaciones por debajo de los límites mencionados se harán con base en la legislación nacional. La contratación de los estudios y servicios de consultoría previstos en el Programa se llevarán a cabo de conformidad con los procedimientos normales del Banco. En el Anexo III-5 se presenta el plan de adquisiciones del Programa.
- 3.41 Para los efectos de la ejecución del Programa, la UCP/BID contará con los servicios de dos especialistas en adquisiciones y contrataciones quienes apoyarán en todas las actividades relacionadas con esta materia. De ser necesario estos especialistas se apoyarán en la estructura con que actualmente cuenta el ministerio a nivel central y regional para llevar a cabo los procesos licitatorios. Como se anotó anteriormente, corresponderá al Comité de Licitaciones evaluar los procesos y aprobar la suscripción de los contratos.

F. Calendario de desembolsos

- 3.42 Se ha previsto un período de ejecución del Programa de cinco años. Con base en la programación efectuada, se prevé el calendario de desembolsos como se presenta en el cuadro a continuación. El plazo para inicio material de obras será de cuatro años a partir de la fecha de elegibilidad para desembolsos.

CALENDARIO DE DESEMBOLSOS
(en miles de US\$)

FUENTE	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Banco	7.141	10.444	10.736	6.551	4.128	39.000
Aporte local	304	689	1.235	2.150	3.222	7.600
TOTAL	7.445	11.133	11.971	8.701	7.350	46.600
PORCENTAJE	16	24	25	19	16	100

G. Auditoría externa

- 3.43 El prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, deberá presentar anualmente al Banco durante la ejecución del Programa, los estados financieros del Programa los cuales deberán contar con el dictamen de auditores externos aceptables para el Banco.

H. Sistema de seguimiento y evaluación

- 3.44 Durante la ejecución del Programa, la UCP presentará los informes semestrales de avance físico-financiero. Anualmente, un informe sobre el progreso de las acciones de reforma contenidas en el Componente I (Anexo II-2B) incluyendo el estado de cumplimiento de los acuerdos estipulados anualmente en el marco de los convenios de cooperación, así como una propuesta de las actividades de cooperación que serán incluidas dentro de los convenios para el año siguiente. Anualmente, la UCP, miembros de MSPBS y el Banco se reunirán para revisar: i) el plan de inversiones por departamento en el año siguiente; ii) el mejoramiento de la equidad en las asignaciones presupuestales regionales; iii) el progreso de las acciones de reforma contenido en el informe enviado previamente al Banco, incluyendo el cumplimiento de las acciones estipuladas anualmente en los convenios de cooperación entre Gobernaciones y Direcciones Regionales de Salud, de los que depende la aprobación del plan de inversiones para el año siguiente en cada departamento; y, iv) los acuerdos estipulados bajo los convenios de cooperación para el año siguiente. El informe también contendrá un reporte sobre el progreso de las actividades en el Componente II, con base en los indicadores del Anexo II-2A.
- 3.45 El proceso de evaluación del Programa prevé llevar a cabo dos evaluaciones, una intermedia y una final. La evaluación intermedia se hará con base en los indicadores de progreso e impacto acordados con el Banco (ver Anexo II-2A) y con base a los logros obtenidos en las acciones de reforma con relación a lo expuesto en el Anexo II-2B. La evaluación intermedia se realizará una vez se hayan comprometido el 50% de los recursos del programa, o a los dos años de ejecución de éste según la circunstancia que se de primero. El propósito de ésta es evaluar el estado de ejecución del Programa, verificar el grado de cumplimiento con las metas previstas, y detectar problemas e introducir medidas correctivas. Si como resultado de tal evaluación, se encuentra que el avance logrado por el MSPBS en la ejecución del Programa y en el cumplimiento de los compromisos acordados no son satisfactorios, el Banco podrá cancelar los recursos para el financiamiento del Componente I y revisar el tamaño del Componente II como se explica en detalle en el Capítulo II (ver pár. 2.17 y 2.18).
- 3.46 La evaluación final del Programa será presentada antes del último desembolso basada en los mismos contenidos y metodología de la evaluación intermedia, más la demostración de haber seleccionado y contratado a quienes realizarán la segunda encuesta de utilización y percepción de servicios de salud y el consiguiente análisis de resultados. La realización de ésta encuesta tiene como objetivo obtener información comparable con la adquirida durante la preparación del Programa y así permitir la comparación de resultados que indican el impacto de las acciones del Programa.

I. Estado de preparación del programa

- 3.47 El MSPBS en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud y las Secretarías de Salud de la Gobernación, han trabajado en la conformación de la estrategia de inversión para cada departamento, dentro de la cual se enmarcarán los planes anuales de inversión por los siguientes cinco años. De la misma forma, se han presentado al Banco cinco carpetas que definen las inversiones en los hospitales regionales, las cuales serán mejoradas y complementadas con dos carpetas para centros de salud tipo "A", que se presentarán antes de la negociación del programa. Los techos financieros para inversiones en cada departamento han sido estimados y la estrategia departamental para los próximos cinco años se define con relación a éstos.
- 3.48 Como parte del proceso de articulación institucional del sector, las Direcciones Regionales de Salud y las Secretarías de Salud de las Gobernaciones trabajan con el MSPBS en la definición del convenio marco de cooperación, el cual se presentará formalmente y entrará en vigencia en el momento de la negociación del programa. De la misma manera, el MSPBS trabaja con el Ministerio de Hacienda en la definición del marco regulatorio para la utilización de recursos propios en los establecimientos de salud, lo cual se define dentro del compromiso de gestión.
- 3.49 Con el fin de darle continuidad a las actividades del programa durante el período comprendido entre la negociación y la entrada en vigencia del programa, una vez haya sido aprobado por el Congreso, el Banco financiará a través de la línea de preparación de proyectos (PPF) aprobada para Paraguay (4/LC-PR), entre otras actividades, el fortalecimiento a la Dirección de Infraestructura del MSPBS, la definición de los procesos de implementación y actualización de los compromisos de gestión, la revisión y actualización de especificaciones técnicas y reglas de calidad para equipamiento, el mejoramiento de la definición de la fórmula de repartición presupuestal entre regiones y el proceso de lanzamiento del programa con la participación regional y local. Se estima que se utilizarán U\$400.000. Estas actividades permitirán acelerar el cumplimiento de las condiciones previas al primer desembolso.

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROGRAMA

A. Análisis económico y sustentabilidad del programa

- 4.1 La evaluación económica propuesta en este documento se basó en el criterio de costo-efectividad, el cual busca evaluar los beneficios logrados por el proyecto frente a los costos programados incorporando resultados específicos en salud. Esta opción ha sido utilizada como alternativa a los análisis tradicionales de costo-beneficio, que tienden a subvaluar los beneficios en salud y el impacto de intervenciones como las consideradas de interés en el programa.
- 4.2 Como ya se evidencia en el capítulo I, Brasil y Paraguay presentan las condiciones de salud materno infantiles más precarias entre los países que pertenecen al Mercosur. Por estas razones, uno de los objetivos del programa es extender la cobertura para estos segmentos poblacionales en un período de cinco años, hasta cubrir a todas las madres y niños sin seguro privado, IPS o beneficiarios de los servicios de las fuerzas armadas, policía, etc.
- 4.3 Los principales beneficios del proyecto están asociados a la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil a través de aumentos en la cobertura así como en la mejoría de la calidad de la atención. Se espera que al final del proyecto se producirá un aumento de cobertura neto de 34,4 mil embarazadas, 240 mil niños menores de 5 años y 41 mil partos atendidos en el MSPBS. Un resumen de los beneficios del proyecto se observa en el Cuadro 1. A lo largo de la implantación del proyecto se estima que podrán ser evitadas 2,7 mil muertes de niños menores de 1 año, 1,6 mil muertes de niños entre 1 y 5 años, y, 1,1 mil muertes maternas. Evaluaciones de proyectos hechos en países con estructura social similar al Paraguay muestran que el proyecto podría aumentar el espaciamiento entre los embarazos y propiciar reducciones en las tasas de fecundidad de hasta el 15%, a través de las acciones propuestas en capacitación en salud reproductiva (ver pár. 2.11), en adquisición y distribución de medicamentos e insumos (ver pár. 2.12) y con las actividades de educación a la comunidad (IEC) (ver pár. 2.15).
- 4.4 Después de la implantación del proyecto, continuarían generándose beneficios; se estima que estarían siendo evitadas anualmente 1.500 muertes de niños menores de 5 años y 130 muertes maternas en los cinco departamentos donde se ha implementado el programa.

CUADRO 1
BENEFICIOS ESTIMADOS

Características de cobertura	Beneficios durante la implantación del proyecto (1997-2001)	Beneficios después de la implantación del proyecto
Mortalidad infantil (< 1 año)	2700 muertes evitadas (540 por año)	Pasarán a ser evitadas 900 muertes por año
Mortalidad de (1-5 años)	1600 muertes evitadas (320 por año)	Pasarán a ser evitadas 600 muertes por año
Mortalidad materna	1100 muertes evitadas (220 por año)	Pasarán a ser evitadas 130 muertes por año
Años de Vida Saludable (AVISAs)	1,3 millones de AVISAs adicionales	Se adicionarán 480 mil AVISAs por año
Planificación familiar	Reducción de las tasas de fertilidad en 15%	

- 4.5 Una proporción importante del costo del programa se refiere a las acciones necesarias para la provisión de un paquete de servicios materno infantil de buena calidad (rehabilitación de infraestructura y equipo, provisión de insumos y materiales, desarrollo de recursos humanos y acciones de educación e información comunitaria). La efectividad de dicha inversión se puede medir con el aumento de años de vida saludable AVISAs (o reducción de la pérdida actual de AVISAs por enfermedades maternas y perinatales), como resultado de aumentos en la cobertura y reducción en la mortalidad de madres y niños. El Cuadro 2 resume los indicadores de efectividad asociados a cada US\$10.000 que se invierten durante la vida del programa. Estos beneficios son aún mayores cuando se considera el impacto que continua generando la inversión que hace el programa, aún después de que éste se termine. En términos de muertes evitadas, aumentos de cobertura y reducciones en la incapacidad, la efectividad respecto al costo de la provisión de este paquete de servicios materno infantil no solamente es alta por los resultados observados en el Cuadro 2, pero tenderá a aumentar en los años subsiguientes a la implementación del programa.

CUADRO 2
PRINCIPALES RESULTADOS ESPERADOS DE CADA US\$10.000 INVERTIDOS

GRUPO POBLACIONAL	METAS DE COBERTURA	AVISAS GANADOS	REDUCCIÓN DE MORTALIDAD
PERÍODO 1997-2001 — EJECUCIÓN DEL PROYECTO			
Niños menores de 1 año	Aumento de cobertura adicional de 56 niños	173	0,6 muertes evitadas
Niños entre 1-5 años			0,2 muertes evitadas
Mujeres en edad fértil, madres y partos	Aumento de cobertura adicional de 8 embarazadas y de 10 partos	137	0,1 muertes evitadas
PERÍODO 2001-2016 — POSTERIOR A LA EJECUCIÓN			
Mortalidad infantil	Aumento de cobertura de 891 niños	957	3,2 muertes evitadas
Mortalidad de niños 1-5 años			2,1 muertes evitadas
Mortalidad materna	Aumento de cobertura de 102 embarazadas y 138 partos	661	0,5 muertes evitadas

- 4.6 El costo-efectividad de las intervenciones a realizar a través de las inversiones del Programa resulta superior a otras alternativas consideradas. El análisis de alternativas se basa en considerar: i) el efecto sobre la mortalidad materna y perinatal que tendría el continuar con el sistema actual de provisión de servicios que se caracteriza por ser inequitativo, de baja calidad y que castiga en mayor proporción a los grupos de menores ingresos; ii) el realizar un programa vertical de reducción de mortalidad materna que financia dentro de las estructuras existentes, la provisión de servicios pero no busca la disminución de la inequidad ni provee cambios estructurales para aumentar la eficiencia del sistema; el alcance de estas acciones no es sostenible y su impacto sobre los indicadores de salud se vería restringido al replicar las ineficiencias e inequidades que actualmente tiene el sistema; y, iii) el implementar cambios en el modelo de atención, aumentando la capacidad resolutoria de los establecimientos y creando una red de atención materno infantil para la entrega de un paquete de servicios materno infantiles de alta calidad, imbuído en los cambios que se generan a nivel macro en el sector. Esta opción, que es la desarrollada por el Programa, tiene además efectos multiplicativos generados por cambios en la eficiencia de la prestación, y genera ahorros en el costo de la prestación de los servicios al enfatizar el uso de establecimientos no hospitalarios.
- 4.7 Puede afirmarse con seguridad que este es un programa de acciones altamente costo efectivas, ya que con una inversión de U\$18 por beneficiario/año (mujeres de edad fértil y niños entre 0 y 5 años de edad) entre 1997 y 2001, se evitarán 5.400 muertes de madres y

niños durante la ejecución del programa y 8.150 muertes adicionales durante los cinco años posteriores a la ejecución del programa. Además, para el año 2001 habrán dejado de perderse 1,3 millones de años de vida saludable (AVISAs) y 480 mil AVISAs por año a partir del 2002.

B. Beneficios del programa

- 4.8 Como se observa en la sección E del capítulo I y en el Anexo I-2, el proyecto beneficia a la población de menores ingresos en Paraguay, en especial a las mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años. El programa mejora la calidad de los servicios de atención primaria a través de la definición de protocolos mínimos de manejo, la capacitación técnica asistencial del personal de salud y la definición de requerimientos profesionales según el nivel de atención, la regulación del sector y la inversión en rehabilitación en infraestructura y equipamiento de los centros y puestos de salud del MSPBS. El mejoramiento de la atención materno infantil, como demuestran estudios realizados en otros países de América Latina, es una de las inversiones que genera mayores ganancias en salud. Estudios demuestran 11/ que el mejoramiento en zonas de bajos ingresos del acceso y la calidad de servicios básicos de salud y servicios de salud pública puede ahorrar alrededor del 10% de la carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por incapacidad (AVISA). El mejoramiento de la atención materno infantil sugiere en el caso de México, que se obtendría como resultado un ahorro promedio de 47 años de vida saludable por cada 100 beneficiarios/año, que se perderían si no se mejorara este tipo de atención en salud. En el caso de Colombia 12/, estudios sugieren que en la zona rural se pierden en promedio 14,7 años de vida saludables (AVISA) por 1.000 habitantes al año, por muerte e incapacidad producida por enfermedades maternas y perinatales, la mayoría de las cuales podrían ser prevenidas y/o tratadas con una atención materno infantil de buena calidad y amplia cobertura.

1. Equidad

- 4.9 El programa establece techos para los recursos de inversión en cada departamento con el fin de disminuir la inequidad regional existente en la oferta de servicios de salud; estima las necesidades de insumos para la atención materno infantil respecto a las necesidades reales en cada departamento, y estimula la reasignación geográfica de los recursos humanos. Además, en búsqueda de hacer más equitativa la distribución de recursos presupuestales, se implementará una fórmula basada en indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud para realizar las transferencias presupuestales a las regiones; de esta forma se reducirán las brechas actuales que se observan en el Cuadro 1 del capítulo I. La provisión oportuna,

11/ "Economía y Salud", vol. 11. México, D.F. Funsalud, 1994.

12/ "La Carga de la Enfermedad en Colombia". Ministerio de Salud, Bogotá 1994.

homogénea y de la buena calidad de un paquete de servicios materno infantil, reduce las diferencias en la atención actualmente recibida por los diferentes grupos de ingreso. Se espera que al final del programa se elimine la brecha existente entre departamentos en utilización de servicios y en disponibilidad de oferta.

2. Eficiencia

- 4.10 El programa mejora la eficiencia en la asignación de recursos en el sector al: i) introducir mecanismos que permitan la coordinación y complementariedad financiera entre los presupuestos regionales del MSPBS y los de las Secretarías de Salud de la Gobernación, ii) reforzar la capacidad normativa, administrativa y de planeación del MSPBS y de las instancias departamentales y regionales; y, iii) direccionar el gasto hacia el financiamiento de la prestación de servicios altamente costo-efectivos en el área materno infantil.
- 4.11 El programa también mejora la eficiencia interna del sistema de salud paraguayo al: i) recuperar la capacidad instalada en el sector público y mejorar su funcionalidad; ii) mejorar la capacidad resolutoria de establecimientos de salud lo cual disminuye el número de pacientes remitidos a los hospitales regionales y reduce el costo de la atención; iii) contribuir a la autosustentabilidad financiera de los establecimientos a través de la utilización de los recursos propios provenientes de recuperación de costos y racionalizando su uso al atarlo a un compromiso de gestión; y, iv) mejorar la capacidad de gestión en el sector desde los niveles directivos regionales y locales hasta los establecimientos prestadores de servicios.

3. Calidad

- 4.12 El programa mejora la calidad de la prestación de servicios de atención primaria al: i) equipar (incluye equipamiento médico, sistemas de comunicación y transporte) y rehabilitar la infraestructura existente dentro de un concepto de red de servicio; ii) capacitar al personal para elevar la capacidad técnica en el servicio; y, iii) abastecer suficientemente de insumos a los establecimientos.

4. Autonomía regional e integración con el sector privado

- 4.13 La clarificación y coordinación de las responsabilidades de los diversos niveles institucionales (Secretarías de Salud de la Gobernación y Direcciones Regionales de Salud) beneficia al sector en cuanto el planeamiento de la política en salud se realiza de forma coherente con los recursos totales disponibles y de manera congruente con las necesidades locales. La coordinación del sector público con el sector privado y la seguridad social a través de convenios de prestación de servicios que le permiten al sector público prestar servicios de salud sin expandir innecesariamente su nómina o su infraestructura.

5. Experiencias demostrativas y replicabilidad

- 4.14 El Programa desarrolla la capacidad gerencial y organizacional en el sector, lo cual podría generar experiencias replicables a otros sectores. Por otra parte, los cambios que se introducen en los cinco departamentos del país, dejarán lecciones de importancia para desarrollar mecanismos similares en el resto del país.

C. Riesgos del programa

1. Cambios en la agenda de reforma

- 4.15 El país ha avanzado en el proceso de fortalecer la autonomía regional e incentivar la responsabilidad regional y local por el sector salud. Se discute en ámbitos del "Comité nacional de descentralización" encabezado por el Ministro de Hacienda, las etapas a seguir en el proceso de cambio en el sector público. Un vuelco hacia el centralismo en la toma de decisiones, en el financiamiento y asignación de recursos, y en el diseño de política en el sector, constituye un riesgo para el éxito del programa. Los compromisos de gestión, los convenios regionales de participación inter gubernamentales y con otros actores en el sector, y las actividades de mejoramiento de la capacidad de planeación administrativa y financiera incluidas en el programa, perderían sentido si se produce un cambio en la agenda de reforma. Para mitigar este riesgo, el equipo de proyecto realizó un estudio detallado sobre el proceso de desconcentración que ha sufrido el sector salud, realizó varias actividades de discusión y divulgación de los resultados a nivel departamental, regional y con diversas autoridades a nivel central; las acciones del programa fueron diseñadas primordialmente para reducir los riesgos de entrar en un proceso de descentralización acelerado, como el que estaba promoviendo el MSPBS, sin definir con antelación las responsabilidades de los diferentes actores, medir los costos del proceso e incentivar el diálogo y discusión a nivel regional, local y nacional. La asistencia técnica del programa en el Componente I apunta a la realización de estas actividades.

2. Fallas en la implementación de las actividades de mejoramiento de la atención

- 4.16 La implementación deficiente de subproyectos de rehabilitación y equipamiento, como fallas en la capacitación técnica asistencial, e ineffectividad en las actividades de comunicación y educación a los usuarios, reducirían el impacto de los esfuerzos por mejorar la utilización y la calidad de la atención. Para reducir este riesgo, el programa incluye la implementación de: i) estándares de infraestructura y equipamiento, diseñados por el programa con base al relevamiento de la oferta actual, y estándares de perfil de recursos humanos por nivel de atención, los cuales no existían antes y han sido aprobados por el MSPBS, razón por la cual hoy en día existen diferencias importantes en el estado y calidad de los establecimientos de salud. Asimismo, el programa basado en un

estudio detallado de la infraestructura pública, equipamiento y red vial diseñó criterios de priorización y elegibilidad para subproyectos de inversión y terciarizará la supervisión de obras; ii) la metodología de la capacitación directa en el lugar de prestación del servicio, para el mejoramiento técnico asistencial, la cual incluye una semana exclusiva para el refuerzo de la capacitación recibida durante el año y para la evaluación de resultados sobre la calidad de la atención; a su vez los capacitados evalúan la efectividad del grupo capacitador. El programa introduce flexibilidad para la realización de ajustes basados en los resultados de los procesos constantes de evaluación. Además, para la capacitación técnica asistencial se diseñaron protocolos de manejo para la atención materno infantil, lo cual no se tenía en el MSPBS; iii) las acciones de IEC se realizarán con metodologías totalmente inmersas en la problemática social y local, realizada por personas de la comunidad, en el lenguaje y simbología local y con participación de personajes y celebridades nacionales conocidos en todo el país a través de los medios de comunicación, el teatro, etc.

3. Procesos legislativos lentos

- 4.17 El componente de modernización del sector se apoya de procesos legislativos para la implementación de cambios en el proceso de presupuestación departamental y del MSPBS, para la reglamentación de las responsabilidades del Consejo Nacional de Salud como órgano normativo y de integración del sector, para la coordinación e integración de los dos niveles de gobierno (central y departamental) y para la creación de la Superintendencia de Salud y la regulación del sector privado. Aunque es difícil predecir con exactitud los procesos de aprobación legislativa, el MSPBS ha trabajado con el equipo de proyecto en la divulgación a nivel del gobierno central y departamental (Ministerio da Hacienda, Asesoría de la Presidencia, Cámara de Diputados, Consejo Nacional de Salud, Consejos Departamentales de Salud, Gobernaciones, etc.) de las acciones del programa y se han generado procesos de discusión y consenso que facilitan la tramitación legislativa en el futuro.

4. Lenta o poca implementación de la regulación del sector salud

- 4.18 Una vez realizadas las actividades de asistencia técnica para la taxonomía del sector privado, el diseño de la normativa, los procesos de discusión, de tramitación y aprobación de la legislación correspondiente durante los tres primeros años de la vida del programa, el Banco podría entrar en el sector con una operación exclusiva para el montaje, funcionamiento y evaluación de la efectividad de la Superintendencia de Salud.

D. Beneficiarios

- 4.19 Los beneficiarios directos del programa son los usuarios de los servicios de salud del MSPBS quienes están mayormente representados en los niveles de bajos ingresos. En especial la población beneficiaria se compone de por lo menos el 44% de las mujeres en edad

fértil que han tenido un hijo y el 12,3% de los niños menores de cinco años que hoy en día consultan el MSPBS en caso de enfermedad y quienes recibirán atención de mejor calidad, con especial énfasis en aquellas intervenciones altamente costo efectivas y el cuidado preventivo. Se espera que el mejoramiento de la atención permita atraer en el tiempo a un número mucho mayor de beneficiarios. El programa beneficia directamente a los consumidores más pobres y en especial a las mujeres y niños a través de: i) el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención primaria del MSPBS; ii) la provisión de insumos adecuados para la prestación de servicios altamente costo-efectivos; y, iii) las actividades de educación y promoción de la salud a nivel local.

- 4.20 Indirectamente se beneficiarán tanto proveedores como consumidores de servicios de salud; a través: i) de la introducción de mecanismos competitivos de selección de profesionales; ii) de incentivos y capacitación para el mejoramiento de la gestión y de la calidad de la prestación; iii) de la asignación de recursos de inversión del programa de acuerdo a las necesidades actuales del sector en cada departamento; iv) del reforzamiento de la responsabilidad administrativa a nivel local; v) de la disminución de las brechas existentes actualmente entre departamentos en la asignación de recursos presupuestales; vi) del mejoramiento de la capacidad del MSPBS para regular y normatizar el sector; y, vii) del mejoramiento de la capacidad administrativa de los gobiernos a nivel regional y reforzando la autonomía regional ligada a la planeación en salud y la obtención de los resultados propuestos.

PRINCIPALES HALLAZGOS — UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

A continuación se presenta un resumen de los principales hallazgos respecto a la utilización y percepción de los servicios, los cuales están contenidos en detalle en el "Estudio de Utilización y Percepción de Servicios de Salud en Paraguay, 1996" Estudio Sectorial RE1/SO1.

1. La enfermedad genera un gran costo ya que más de la mitad de las personas que enfermaron, se ausentaron de su actividad habitual en promedio 6.6 días.
2. Más de la mitad de las personas mayores de cinco años que se sienten enfermas consultan. De las que no consultan, un cuarto reporta razones económicas para no hacerlo y solamente 4% reporta razones de distancia geográfica.
3. En la zona rural una proporción menor de quienes se declaran enfermos deciden consultar y las personas se automedican con mayor frecuencia que en la zona urbana.
4. El sector privado es utilizado en gran proporción tanto en la zona rural como urbana y más que el sector público a todo nivel de ingreso y para todo grupo de edad.
5. El diez por ciento de la población en las regiones consideradas tiene seguro privado, mientras 17% son beneficiarios de la seguridad social y el resto no tienen cobertura.
6. La cobertura de los seguros privados aumenta con el nivel de ingreso desde el 1% en el quintil más pobre hasta el 20% entre las personas de mayores ingresos. Lo mismo sucede con la afiliación a la seguridad social.
7. La prescripción de medicamentos fue bastante generalizada en el sector público como en el privado y el IPS. Sin embargo en el sector público solamente 20% de los pacientes obtuvieron los medicamentos en el lugar de atención, mientras en el IPS el 86%.
8. Una proporción importante del ingreso familiar mensual per cápita se gasta en atención en salud. Una tercera parte en la zona rural y el 42% en la zona urbana sin Asunción.
9. Las personas que consultaron el sector público pagaron por medicamentos casi lo mismo que las personas que consultaron el sector privado. En ambos casos los pagos representan una proporción importante del costo total de la atención.
10. La mayoría de las personas pagan por la consulta independientemente del proveedor. Los pagos varían siendo la consulta médica privada 4 veces más costosa que la consulta pública y esta última, un poco menos del doble de lo que cuesta consultar al curandero.
11. Aunque la consulta pública se pagó a un nivel casi la mitad de la consulta en el IPS, los exámenes diagnósticos en el sector público se adquirieron al doble que en el IPS y solo 5% menos que en el sector privado. En la zona rural el pago promedio por exámenes diagnósticos es tan solo 2% menor que el pago en Asunción.
12. El total del tiempo invertido en la obtención de prestación de servicios de salud, fue decididamente más bajo para quienes escogieron el sector privado que para quienes escogieron el MSPBS y/o el IPS.
13. Los establecimientos del MSPBS son importantes proveedores de atención obstétrica. El 73% de los partos son "institucionales" en las cinco regiones del proyecto sin Asunción, y 42% del total ocurren en establecimientos del MSPBS y 15% son atendidos por la partera Chaé o partera empírica.
14. No todas las mujeres fueron atendidas en el establecimiento que planeaban y una de las razones más importantes fue la remisión, lo cual puede ser indicativo de la baja capacidad resolutoria del establecimiento consultado.
15. Las mujeres no siempre utilizan el establecimiento más cercano a su hogar; una de las razones más importantes fue la percepción de mala calidad.
16. Más de la mitad de las mujeres pagan de su bolsillo por la atención prenatal, tanto en la zona rural como urbana. Entre las mujeres de menores ingresos, el 82% tuvo que pagar por la atención, mientras solo el 63% de las mujeres de mayores ingresos hizo lo mismo. Las mujeres más pobres pagan casi una tercera parte del ingreso mensual per cápita en atención del parto, mientras las mujeres de mayores ingresos pagan menos del 20%.
17. Solo el 72% de los niños recién nacidos en la zona rural son inscritos al nacer.

MARCO CONCEPTUAL
INSERCIÓN DEL PR-0028 EN EL MARCO GENERAL DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY

S DEL SECTOR	CONSECUENCIAS	ACCIONES EN EL SECTOR		
		CORTO PLAZO (Acciones que ha tomado el gobierno)	MEDIANO PLAZO Con el programa (5 años)	LARGO PLAZO (10 a 15 años)
ÓN DEL SECTOR				
ucionales (Direcciones de Salud, Secretaría de la	a.1 Duplicación de responsabilidades y confusión administrativa. a.2 Falta de planeamiento en el sector e ineficiente asignación de recursos. a.3 Debilidad normativa a nivel central y regional.	a.4 Estímulos para la creación de autonomía regional. a.5 Creación del Consejo Nacional de Salud con miras a lograr en el largo plazo un organismo normativo y de consulta que integre los diferentes actores del sector y las diferentes instancias gubernamentales.	a.6 Convergencia de los niveles centrales y regionales para la planeación en salud (convenios de cooperación renovados anualmente). a.7 Cooperación de los gobiernos departamentales y municipales en el financiamiento de acciones del MSPBS. a.8 Asistencia técnica para el fortalecimiento de la autonomía regional (articulación de responsabilidades, procesos normativos correspondientes y actividades de consenso). b.4 Participación del sector privado y la Seguridad Social a través de convenios de prestación de servicios, complementando la acción pública.	Sistema Nacional de salud integral de proveedores privados. Secretarías de Salud fusionadas con oficinas MSPBS en una sola institución para el sector departamental. Rol normativo y de planificación MSPBS en pleno ejercicio de sus funciones.
culados (MSPBS,	b.1 Duplicidad de acciones. b.2 Inequidad; pagos regresivos y diferencias importantes en la calidad de la prestación. b.3 No existen mecanismos normativos que cobijen a todos los prestadores.			
ADO				
con múltiples ersa índole	a.1 Mala calidad de la prestación. a.2 Atomización de proveedores e inequidad en la prestación.		a.3 Taxonomía del sector privado. a.4 Desarrollo del marco regulatorio adecuado. a.5 Creación de la Superintendencia Nacional de Salud o instancia equivalente para implementación.	Sector privado articulado al Sistema Nacional de Salud. Estándares mínimos de calidad de sistema de habilitación de proveedores en pie

S DEL SECTOR CO	CONSECUENCIAS	ACCIONES EN EL SECTOR PÚBLICO		
		CORTO PLAZO (Medidas ya tomadas por el gobierno)	MEDIANO PLAZO Con el programa (5 años)	LARGO P (10 a 15
UMANOS				
mina Cargos (00)	a.1 Asignación de recursos humanos desde el nivel central, que dificulta el planeamiento regional y la asignación eficiente de recursos. a.2 Deficiente distribución geográfica. a.3 Establecimientos de salud sin el personal apropiado.	a.4 Primeros pasos para flexibilizar nómina: - Entregar a las regiones el manejo de la nómina regional aunque decisiones aún deben ser informadas al gobierno central MSPBS. (Res. Min 373/93). Hay transferencia de recursos a nivel regional de acuerdo a la nómina histórica. - Readecuación de nómina: disminuyendo la nómina de 15.000 a 11.000 funcionarios; congelamiento de nómina desde 1995.	a.5 Sistema de competencia para la selección de candidatos y asignación de estos a los establecimientos de salud de las zonas deficitarias del país. (Programa del Profesional Excelente). a.6 Implementación del estándar al menos en los centros de atención rehabilitados por el Programa.	Manejo de nómina y necesidades de recursos a nivel local. Distribución geográfica Escala salarial que atienda las necesidades regionales.
calidad técnica	b.1 Graves deficiencias en la calidad de la prestación del servicio; altos índices de mortalidad materna y perinatal.	b.2 Definición de los estándares de equipo profesional necesario por nivel de atención. Junio 1996.	b.3 Capacitación técnica asistencial en el lugar de la prestación del servicio para mejoramiento de la calidad en atención primaria (énfasis materno/infantil). b.4 Capacitación en gestión en los diferentes niveles de gobierno y a nivel de institución prestadora de salud.	Óptima calidad técnica en todas las ramas y toda la atención.

ACCIONES DEL SECTOR PÚBLICO	CONSECUENCIAS	ACCIONES EN EL SECTOR PÚBLICO		
		CORTO PLAZO (Medidas ya tomadas por el gobierno)	MEDIANO PLAZO Con el programa (5 años)	LARGO PLAZO (10 a 15 años)
POLÍTICA DE GESTIÓN				
Estado de los recursos limitados público.	a.1 Recursos asignados no corresponden a necesidades locales. a.2 Responsabilidad final por productos, insumos y finanzas totalmente centrada en el MSPBS y lejos de quienes toman las decisiones en los servicios.	a.3 Proceso de desconcentración, transfiriendo recursos financieros y su manejo a las regiones sanitarias sin capacidad de gestión, sin sistema de control y evaluación y con base en niveles históricos. Por estas razones, la responsabilidad última continúa en manos del MSPBS a nivel central.	a.4 Complementación de recursos del MSPBS con recursos departamentales dedicados a salud, estipulado anualmente en el convenio de cooperación. Tales recursos constituyen parte de la contrapartida nacional para el financiamiento de acciones en el programa.	
Presupuestal. Pre-histórica.	b.1 Ineficiencia en la asignación de recursos e ineficiencia interna en su utilización. b.2 Deficiente asignación presupuestal para mantenimiento de infraestructura; infraestructura y equipamiento en estado crítico de deterioro.		b.3 Proceso de presupuestación basado en una fórmula con indicadores demográficos y de pobreza, para la racionalización del proceso de transferencia presupuestaria regional y departamental. Introduce transparencia y equidad. b.4 Rehabilitación y equipamiento de acuerdo a levantamiento de necesidades e indicadores de utilización. Compromiso del MSPBS de asignación suficiente de recursos para mantenimiento.	Presupuestación con necesidades locales; los niveles de atención. Manejo eficiente de nivel local.
El manejo de los recursos en los establecimientos de salud. (Ley)	c.1 Imposibilidad de crear incentivos para estimular la productividad y el manejo adecuado de recursos. c.2 Falta de insumos a nivel local.		c.3 Manejo de recursos propios a nivel de establecimiento de salud.	Comisiones técnicas departamentales para aranceles, con participación de las diversas instancias del gobierno, (Dirección de salud, Secretaría de gobernación), el sector de la seguridad social,
sistemas de control.	d.1 Desestímulo para el desarrollo de la capacidad de gestión a nivel local.		d.2 Establecimiento de compromisos de gestión de cuya evaluación depende el ejercicio de responsabilidades directivas. d.3 Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de insumos. Sistema de información INVEC. d.4 Evaluación periódica de establecimientos de salud, ligada a las acciones de capacitación técnica asistencial y en gestión.	

REFORMAS A LA ATENCION PRIMARIA (PR-0028)

TIPO DE INDICADORES DE PROGRESO POR COMPONENTE DEL PROYECTO,
FENOMENO CAPTADO, FRECUENCIA Y AREA DE RELEVAMIENTO

INDICADOR	TIPO	FENOMENO CAPTADO POR EL INDICADOR	FREQ. RELEV.	AREA DE RELEVAMIENTO
COMPONENTE I				
Subcomponente 1: Fortalecimiento de la autonomía regional				
Seminario de discusión	Resultado	Consenso análisis capacidades institucionales	año 2	Nacional
Marco jurídico convenios de cooperación	Resultado	Capacidad normativa y del MSPBS	año 1	Regional
N. de convenios dirección regional y gobernación	Proceso	Capacidad normativa y del MSPBS	anual	Departamental
Número de consejos departamentales en salud en funcionamiento	Proceso	Capacidad organizativa de los Dept.	anual	Departamental
% presupuesto MSPBS transferido a las regiones	Proceso	Seguimiento por parte del gobierno central	anual	Nacional
Presupuesto asignado a salud en cada región, per cápita	Resultado	Equidad en la asignación de recursos	anual	Regional y Dept.
% ejecución del presupuesto por departamento	Resultado	Nivel de operatividad de las regiones	anual	Regional
% gastos administrativos en el presupuesto de salud regional	Resultado	Eficiencia del sistema	anual	Regional
Mejoramiento de la gestión				
N. establecimientos que retienen recursos propios y cumplen con los compromisos de gestión	Proceso	Implementación efectiva del componente	anual	Establecimientos
Porcentaje de recuperación de costo en los establecimientos participantes	Resultado	Sostenibilidad del componente	anual	Establecimientos
Promedio días de ausencia del personal del establecimiento (excluyendo vacaciones)	Resultado	Eficacia del componente	anual	Establecimientos
Cooperación entre proveedores y regulación sector privado				
N. convenios de cooperación actuados con IPS y con sector privado	Proceso	Integración de proveedores	anual	Regional
Proyecto de ley regulación sector privado	Proceso	Capacidad normativa del MSPBS	año 3	Nacional
Aprobación ley de regulación del sector privado	Resultado	Capacidad normativa del MSPBS	año 4	Nacional
Diseño creación superintendencia de salud	Proceso	Capacidad normativa del MSPBS	año 4	Nacional
Subcomponente 2: Iniciativa "El Profesional Excelente"				
N. establecimientos con profesionales del "Profesional Excelente"	Proceso	Impacto dimensional del componente	anual	Establecimientos
% cofinanciación departamental para la iniciativa del "Profesional Excelente"	Proceso	Nivel de compromiso de los Dept.	anual	Departamental
Subcomponente 3: Mejoramiento de las estadísticas vitales				
N. personas capacitadas para recolección y/o procesamiento de información	Proceso	Promoción de la importancia de la información	anual	Regional
N. parteras que reportan datos sobre nacimientos	Resultado	Eliminación causas de subregistro de nacimientos	anual	Regional
% planillas incompletas recibidas por la dirección regional	Resultado	Nivel de confiabilidad de la información	anual	Regional
Razón nacimientos registrados / nacimientos esperados	Resultado	Disminución de subregistro de nacimientos	anual	Regional
Razón defunciones registradas / defunciones esperadas	Resultado	Disminución de subregistro de defunciones	anual	Regional
COMPONENTE II				
Subcomponente 1: Desarrollo de recursos humanos*				
% personal sanitario que recibió capacitación técnica asistencial	Proceso	Implementación efectiva del componente	anual	Regional
Número de parteras chái capacitadas	Proceso	Alcance en las zonas rurales	anual	Regional
Número de capacitados en gestión con ciclo de capacitación completo	Proceso	Dimensión estructural del componente	anual	Regional
N. pacientes referidos por parteras capacitadas	Resultado	Integración al sistema de salud	anual	Establecimientos
N. casos infecciones maternas en los establecimientos capacitados	Resultado	Mejoramiento de la atención	anual	Regional
N. de establecimientos capacitados cuya evaluación de impacto en calidad fue excelente	Resultado	Efectividad de la capacitación técnica asistencial	anual	Regional
Subcomponente 2: Mejoramiento del sistema de adquisición y distribución de medicamentos e insumos				
% establecimientos con provisión regular de medicamentos básicos	Proceso	Funcionamiento del sistema de distribución	anual	Establecimientos
Promedio días de espera para la entrega de un medicamento pedido	Resultado	Eficacia del sistema	anual	Establecimientos
% establecimientos con registro de utilización de los medicamentos	Proceso	Individualización de utilización y responsabilidad	anual	Establecimientos
Valor de insumos y medicamentos perdidos en % del total	Resultado	Disminución de los desperdicios actuales	anual	Regional
N. de embarazadas que reciben medicamentos en el centro donde son atendidas	Resultado	Mejoramiento de la atención infantil MSPBS	anual	Establecimientos
N. de menores de 5 años con IRA y EDA con provisión de fármacos	Resultado	Mejoramiento de la atención infantil MSPBS	anual	Establecimientos
Número de parteras que se inscriben en el MSPBS y reciben KITS	Proceso	Alcance territorial del programa	anual	Regional
% establecimientos evaluados por la gestión de medicamentos	Proceso	Funcionamiento del sistema auditoria	anual	Establecimientos
Subcomponentes 3 y 4: Rehabilitación de Infraestructura y equipamiento. Sistema de referencia				
Número de establecimientos rehabilitados y equipados	Proceso	Efectiva actuación del componente	anual	Establecimientos
Número de establecimientos equipados con sistema de comunicación y su entrenamiento	Proceso	Efectiva actuación del componente	anual	Establecimientos
Gasto en mantenimiento en % valor de la infraestructura existente, por establecimiento	Proceso	Modificación estructural en la presupuestación	anual	Regional
N. de partos de alto riesgo referidos en los centros rehabilitados	Resultado	Funcionamiento del sistema de referencia	anual	Establecimientos
N. infecciones hospitalarias en los centros rehabilitados	Resultado	Mejoramiento calidad atención	anual	Establecimientos
Tasa de ocupación en los centros rehabilitados	Resultado	Eficiencia de los centros A	anual	Establecimientos
Tasa de rotación de las camas en los centros rehabilitados (promedio estancia)	Resultado	Eficiencia de los centros A	anual	Establecimientos
Apropiación presupuestaria para cubrir el plan de mantenimiento de los departamentos	Proceso	Cumplimiento del compromiso relativo a mantenimiento	anual	Regional
Subcomponente 5: Información y Educación Comunitaria (IEC)				
% de mujeres atendidas por MSPBS que escucharon mensajes radiales	Resultado	Alcance del componente	anual	Regional
% de parejas que reciben en el MSPBS y utilizan métodos de planificación familiar	Resultado	Eficacia del componente	anual	Regional
N. eventos de teatro popular y otros realizados	Proceso	Efectiva realización	anual	Regional

* Se complementa con la evaluación a ser realizada por el equipo capacitador

INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL AVANCE DE LAS ACCIONES DE MODERNIZACIÓN DEL SECTOR — Componente I

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
la autonomía regional					
idades institucionales	Resultados estudio	Seminario nacional	Resolución ministerial		
convenios de					
Dirección Regional — n	Cinco convenios vigentes (cumplimiento 60% metas)	Cinco convenios vigentes (cumplimiento 70% metas)	Cinco convenios vigentes (cumplimiento 80% metas)	Cinco convenios vigentes (cumplimiento 90% metas)	Cinco conve (cumplimien
entre proveedores ivados, IPS)	Definición y aprobación marco jurídico apropiado	Al menos cinco convenios	Al menos 10 convenios	Al menos 20 convenios	Al menos 30
ón Consejo Nacional S) y Ley Sistema salud (en caso de	Propuesta funciones CNS Legislación complementaria	Aprobación legislación complementaria			
regional y departa- cursos presupuestales	Resolución Ministerial y acuerdo con MinHacienda. Al menos 10% del presupuesto transferido de acuerdo con fórmula	Fórmula continúa siendo mejorada. 20% á 30% del presupuesto transferido de acuerdo con fórmula	30% á 40% asignación presupuestaria regional transferida de acuerdo con fórmula	40% á 50% asignación presupuestaria regional transferida de acuerdo con fórmula	50% + asign presupuesta acuerdo con
el sector privado	Taxonomía	Marco regulatorio	Aprobación legislación	Creación superintendencia	
e difusión regional y	Creación boletín regional	Al menos tres boletines circulados. Actas de cuatro eventos de discusión.	Al menos seis boletines y ocho actas de eventos	Al menos 10 boletines y 12 actas de eventos	Al menos 15 15 actas de
competencia en el mer- profesional Excelente")	Iniciativa reconocida y funcionando; al menos 15% de la meta propuesta	25% de la meta propuesta	50% de la meta propuesta	75% de la meta propuesta	100% de la 75 plazas ha
gestión 1/	Cinco HR con compromiso de gestión nivel 1	Al menos 10 establecimientos involucrados en compromisos de gestión nivel 2	Al menos 20 establecimientos involucrados en compromisos de gestión nivel 3	Al menos 40 establecimien- tos involucrados en compro- misos de gestión nivel 3	Al menos 50 tos involucra misos de ge

gestión nivel 1: involucran a la Dirección Regional del MSPBS, la Secretaría de Salud de la Gobernación y el Hospital Regional (HR).

Centros de Salud de Cabecera (CS), Hospital Regional y las autoridades mencionadas.

Puestos de Salud (PS), Centros de Salud, Hospital Regional, las autoridades mencionadas y locales.

MSPBS/OPCI - BID
PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (PR-0028)

PLAN DE ADQUISICIONES ANUALES DEL PROGRAMA

ADQUISICIONES PRINCIPALES DEL PROYECTO	FINANCIAMIENTO			METODO DE ADQUISIC. LPI u OTRO	PRECA- LIFICA- CION SI / NO	PUBLICACION DE AEA		
	US\$ miles					SEM/ AÑO	PRENSA	
	BID	LOCAL	TOTAL				INTERN.	NAC.
PRIMER AÑO								
1 Obras: infraestructura hospitalaria	2,137.5	0.0	2,137.5	LPI	SI	AÑO	SI	SI
2 Equipos médicos, muebles, enseres y transporte	1,612.5	0.0	1,612.5	LPI	NO	AÑO	SI	SI
3 Equipos de comunicación y vehículos (sist. de ref.)	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
4 Equipos para sistema de información e INVEC	234.3	0.0	234.3	LPN	NO	AÑO	NO	SI
5 Medicamentos e insumos	2,323.8	292.7	2,616.5	LPI	NO	AÑO	SI	SI
Subtotal	6,308.1	292.7	6,600.8					
SEGUNDO AÑO								
1 Obras: infraestructura hospitalaria	3,505.5	0.0	3,505.5	LPI	SI	AÑO	SI	SI
2 Equipos médicos, muebles, enseres y transporte	2,644.5	0.0	2,644.5	LPI	NO	AÑO	SI	SI
3 Equipos de comunicación y vehículos (sist. de ref.)	958.0	0.0	958.0	LPI	NO	AÑO	SI	SI
Equipos para sistema de información e INVEC	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
5 Medicamentos e insumos	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
Subtotal	7,108.0	0.0	7,108.0					
TERCER AÑO								
1 Obras: infraestructura hospitalaria	3,648.0	0.0	3,648.0	LPI	SI	AÑO	SI	SI
2 Equipos médicos, muebles, enseres y transporte	2,752.0	0.0	2,752.0	LPI	NO	AÑO	SI	SI
3 Equipos de comunicación y vehículos (sist. de ref.)	958.0	0.0	958.0	LPI	NO	AÑO	SI	SI
4 Equipos para sistema de información e INVEC	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
5 Medicamentos e insumos	2,131.0	2,237.8	4,368.8	LPI	NO	AÑO	SI	SI
Subtotal	9,489.0	2,237.8	11,726.8					
CUARTO AÑO								
1 Obras: infraestructura hospitalaria	2,223.0	0.0	2,223.0	LPN	NO	AÑO	NO	SI
2 Equipos médicos, muebles, enseres y transporte	1,677.0	0.0	1,677.0	LPI	NO	AÑO	SI	SI
3 Equipos de comunicación y vehículos (sist. de ref.)	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
4 Equipos para sistema de información e INVEC	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
5 Medicamentos e insumos	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
Subtotal	3,900.0	0.0	3,900.0					
QUINTO AÑO								
1 Obras: infraestructura hospitalaria	1,026.0	0.0	1,026.0	LPN	NO	AÑO	NO	SI
2 Equipos médicos, muebles, enseres y transporte	774.0	0.0	774.0	LPI	NO	AÑO	SI	SI
3 Equipos de comunicación y vehículos (sist. de ref.)	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
4 Equipos para sistema de información e INVEC	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-
5 Medicamentos e insumos	774.9	2,324.8	3,099.7	LPI	NO	AÑO	SI	SI
Subtotal	2,574.9	2,324.8	4,899.7					
TOTAL GENERAL	29,380.0	4,855.3	34,235.3					

LPI = Licitación Pública Internacional

LPN = Licitación Pública Nacional

PROYECTO DE RESOLUCION

PARAGUAY. PRESTAMO No. ____/OC-PR.
(Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco, en su carácter de administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, en adelante la "cuenta", proceda a formalizar el contrato que sea necesario con la República del Paraguay, como Prestatario, y a adoptar las demás medidas pertinentes para utilizar recursos de la cuenta con el objeto de pagar una parte de los intereses adeudados por el Prestatario sobre los saldos deudores de las sumas abajo indicadas que forman parte del préstamo autorizado en la Resolución DE- /. Dicho contrato deberá seguir las disposiciones indicadas en el Documento FN-263-2, aprobado por el Directorio Ejecutivo el 21 de diciembre de 1983, y sus modificaciones.

Las sumas a que se refiere el párrafo anterior son las siguientes: (a) doce millones quinientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$12.500.000); (b) dieciséis millones doscientos ochenta y cinco mil cuatrocientos veinticinco marcos alemanes (DM16.285.425); y (c) mil ciento noventa y cinco millones trescientos cincuenta mil yenes japoneses (JP¥1.195.350.000).

PROYECTO DE RESOLUCION

PARAGUAY. PRESTAMO /OC-PR A LA REPUBLICA DEL PARAGUAY
(Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República del Paraguay, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud. Dicho financiamiento que se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo, será hasta por las sumas siguientes: (a) diecinueve millones quinientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$19.500.000); (b) dieciséis millones doscientos ochenta y cinco mil cuatrocientos veinticinco marcos alemanes (DM16.285.425); y (c) mil ciento noventa y cinco millones trescientos cincuenta mil yenes japoneses (JP¥1.195.350.000). Dichas sumas forman parte de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco.