

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

(VE-0091)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE: La República de Venezuela

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y como co-ejecutores las Gobernaciones de los estados participantes en el Programa.

MONTO Y FUENTE:

BID:	US\$150 millones (OC)
Aporte local:	US\$150 millones
- MSAS:	US\$104,3 millones
- Estados:	US\$ 45,7 millones
Total:	US\$300 millones

PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:

Plazo de amortización:	20 años
Período de desembolso:	5 años
Tipo de interés:	variable
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,75%

OBJETIVOS: La operación tiene como objetivos específicos los siguientes: (a) racionalizar el gasto público en salud hacia: (i) la atención de los grupos de bajos ingresos y (ii) un modelo de atención con un enfoque preventivo en función del perfil epidemiológico; (b) fortalecer las instituciones responsables de diseñar e implantar las políticas del sector; y (c) apoyar la descentralización de la prestación de los servicios de salud y el fortalecimiento de las instituciones regionales y locales.

DESCRIPCION: El Programa consta de dos componentes: (i) asistencia técnica para la reestructuración, fortalecimiento y modernización del MSAS como ente rector del sector salud (lo cual implica el pago de prestaciones sociales del personal reestructurado) y el ordenamiento de sus organismos adscritos; y (ii) asistencia técnica para fortalecer la descentralización de los servicios de salud y financiamiento de inversiones de rehabilitación en la red primaria de los estados.

1. Reestructuración del MSAS.

a. Fortalecer y modernizar al MSAS

Ello se logrará a través de dos subproyectos básicos: (i) reestructuración y reconversión laboral del MSAS; y (ii) fortalecimiento y modernización del MSAS.

Reestructuración del MSAS y Reconversión laboral. Lo que incluye la reestructuración del MSAS, reduciendo significativamente las unidades organizativas de su actual estructura con reducciones sustanciales de recursos en cada una, con énfasis en la reconversión y racionalización.

Fortalecimiento y modernización del MSAS. Para apoyar el proceso de reestructuración se prevé realizar acciones específicas de fortalecimiento y modernización al MSAS, que permitan redimensionar y reorientar la estructura de cargos existentes. Así como el desarrollo de capacidades, que garanticen una mayor eficiencia y eficacia en la organización. Adicionalmente, se realizarán las siguientes acciones: (i) diseñar e implantar sistemas de apoyo a la gerencia pública incluyendo políticas de personal, planificación estratégica y control de gestión, epidemiología y administración, entre otros; (ii) capacitar al personal para el desempeño eficiente de sus nuevas funciones; y (iii) dotar de equipo al Ministerio para establecer una red interna, interconectada con el resto de la red de salud que permita ordenar el sistema nacional de información.

b. Ordenamiento de organismos adscritos al MSAS

Evaluación institucional y propuesta de reorganización. Incluye la evaluación organizacional, la revisión y evaluación de la estructura de gastos, preparación e implantación de planes para la modernización de institutos autónomos y fundaciones, adscritos al MSAS, mediante la definición de alternativas de reorganización y propuestas de racionalización de gastos, entre las cuales se consideran: descentralización, readscripción, redimensionamiento y alternativas de operación con otras instituciones. Los cambios legales necesarios serán revisados en concordancia o recogidos en el nuevo marco jurídico sanitario, cuya modificación será apoyada por la operación propuesta.

Las instituciones objeto de estudio serán los institutos autónomos: INN que opera programas de alimentación y vigilancia nutricional; INAGER,

responsable de la protección y asistencia al anciano; INH, encargado de la revisión, análisis de productos biológicos, exámenes bacteriológicos, parasitológicos, químicos y elaboración de productos biológicos; HUC, ofrece servicios asistenciales y docentes, situado en la sede de la Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti; IVIC encargado de la investigación y aplicación en las diversas ramas científicas. Asimismo, se estudiarán las fundaciones FIMA y PAMI.

En cuanto a las empresas del Estado se contempla QUIMBIOTEC, encargada de la manufactura y comercialización de los derivados sanguíneos y otros productos químicos de alta tecnología. Igualmente se considera el SEFAR, servicio autónomo responsable de la producción de medicamentos genéricos y elaboraciones farmacéuticas. En el caso de estas instituciones se desarrollará el análisis de alternativas de asociación con otras instituciones.

Reorganización del sistema de control sanitario. Como parte de la reorganización del sistema de control sanitario se apoyará el análisis necesario para reorganizar al INH y a la contraloría sanitaria del MSAS. Una vez llevada a cabo la reorganización antes indicada se apoyaría con asistencia técnica y capacitación las actividades de control y registro de productos de consumo humano así como con inversiones en obras y equipo que apoyen la expansión de los laboratorios de control de calidad, para realizar control post-registro de los productos de consumo humano.

c. Formulación de políticas del sector

Este componente permitirá fortalecer la capacidad del MSAS para formular políticas que permitan asignar y controlar los recursos humanos, institucionales y presupuestarios del sector, conforme a criterios racionales (epidemiológicos, técnicos, éticos, gerenciales y de costo-eficacia) pertinentes a la problemática del sector y de su entorno sociopolítico y económico. Para ello, se incluyen estudios y acciones orientados a:

Programa de Prevención y Promoción. Desarrollo e implantación del Programa de Prevención de Enfermedades, Promoción e Información en Salud (PEPIS), el cual contribuirá a la difusión masiva de información a nivel nacional orientada a: (i) prevenir enfermedades comunes; (ii) promover estilos de vida más saludables; y (iii) promover la

utilización adecuada de los servicios de salud. Asimismo se apoyarán campañas específicas dirigidas a problemas típicos de la región de acuerdo con su perfil epidemiológico y el contacto directo con grupos de la comunidad y usuarios de los servicios de salud, incluidas las comunidades indígenas.

Políticas de formación y administración de recursos humanos. Dirigido a establecer las acciones de corto, mediano y largo plazo, orientadas a corregir deficiencias críticas en la calidad y cantidad de los recursos humanos del sector. Estas acciones serán recogidas en una Política Nacional de Formación y Administración de Recursos Humanos que será implantada. Estas actividades incluirán entre sus alcances, definiciones de cantidad y calidad de profesionales y técnicos a ser incorporados al sistema de salud y a formar en las distintas carreras de la salud, los procesos de revisión curricular de las escuelas conforme a los perfiles ocupacionales que demandan las necesidades epidemiológicas del país y su nuevo modelo de atención, y propuestas para mejorar las condiciones de trabajo y la administración del recurso humano del sector.

d. Financiamiento del sector

Incluye la realización de estudios que apoyen la definición de las bases de un nuevo modelo de financiamiento del sector a nivel nacional y estatal, y que abarque los sectores público y privado.

e. Marco Jurídico del sector.

Financiará la asistencia técnica necesaria para actualizar y definir la nueva legislación sanitaria en el marco del proceso de reforma del sector.

2. Descentralización de los servicios de salud

a. Preinversión

Apoyará la preparación de planes estatales de salud y estudios de prefactibilidad y factibilidad que permitan a los estados preparar los proyectos que se identifiquen en dichos planes.

b. Fortalecimiento Institucional de los Sistemas Estadales de Salud

Organización de los sistemas estatales. Apoya la transferencia de competencias a los estados. Para ello trabajará con los sistemas estatales en: (i)

diseñar las estructuras organizativas para manejar los servicios; (ii) diseñar el manual de cargos; (iii) reconversión de personal de funcionarios claves en la gestión; y (iv) diseñar esquemas de coordinación de servicios con otros entes prestadores de servicios.

Asistencia técnica, capacitación de los sistemas estatales (US\$13,9 millones). Se contemplan acciones básicas de asistencia técnica, capacitación y equipamiento de los estados con el propósito de mejorar la operación y ejecución de sus sistemas. La asistencia técnica está orientada, entre otros aspectos a: (i) planificación estratégica; (ii) contraloría sanitaria; (iii) sistemas de vigilancia de salud y control epidemiológico; (iv) sistemas de control de gestión a nivel estatal; (v) políticas y sistemas de administración de recursos humanos; (vi) sistemas de administración financiera; (vii) sistemas de información estadística y gerencial; (viii) sistemas de abastecimiento; y (ix) sistemas de mantenimiento y sistemas de manejo de desechos sólidos. Adicionalmente el programa contempla el financiamiento de acciones específicas de capacitación y asistencia técnica cuyas propuestas deberán ser presentadas por cada entidad federal.

c. Rehabilitación y Equipamiento de los Servicios de Salud en los estados

Incluye principalmente inversiones orientadas a la recuperación de la red primaria en los estados. No obstante, se podrán financiar inversiones en obras de mejoramiento (rehabilitación o sustitución) y equipamiento de la infraestructura de servicios de atención secundaria y terciaria, tanto ambulatoria como hospitalaria.

**CLASIFICACIÓN
AMBIENTAL:**

El Comité de Medio Ambiente en la reunión del 16 de marzo de 1993 clasificó esta operación en la Categoría II.

BENEFICIOS:

Los beneficios principales del Programa serían las mejoras en la calidad de los servicios de salud a partir de un uso más eficiente de los recursos asignados al sector y del cambio de modelo de atención. Estos beneficios se orientarían principalmente hacia las poblaciones de bajos ingresos, quienes son los usuarios básicos de la red primaria en los estados.

Los beneficios de la descentralización se basan en el incremento de la capacidad de respuesta a las demandas de cada región, con mayor flexibilidad, eficiencia y calidad y de la racionalización del gasto que deriva del ahorro por el cambio del modelo de atención, al disminuir la demanda de servicios curativos por priorizar los servicios preventivos.

RIESGOS:

El riesgo principal del Programa está asociado a las reformas institucionales, especialmente las relacionadas con el MSAS y la transferencia de servicios a los estados. El riesgo consiste en las debilidades institucionales actuales, a nivel central y a nivel regional, para asumir las nuevas funciones. Para minimizar este riesgo, el Programa otorga énfasis a los aspectos institucionales, incluida la asistencia técnica, capacitación y equipamiento del MSAS y de los estados participantes.

Adicionalmente, una reforma estructural profunda como la que se pretende realizar en esta operación, requiere de un nivel adecuado de consenso de los diferentes actores de la sociedad. En este sentido, la resistencia al cambio puede demorar la implantación de algunas reformas. Para ello las autoridades, a través de un proceso de consulta permanente buscan el consenso que será elemento clave para la viabilidad de la reforma del sector. Para eso, varias iniciativas se han adelantado al respecto, entre la cuales destacan, el Consejo Nacional de Salud, con sede en el MSAS, el cual asesora al Presidente de la República en los grandes lineamientos y políticas del sector. Además el Consejo Territorial de la Salud, integrado por el MSAS y los gobernadores de estados descentralizados, tiene entre sus objetivos, efectuar consultas para el logro del consenso entre los diferentes actores sociales involucrados en este proceso y armonizar el desempeño a futuro de los distintos niveles de intervención para el cumplimiento de la política del sector.

Por otro lado, la crisis fiscal actual puede condicionar la disponibilidad oportuna de recursos locales, creando la posibilidad de una demora en la ejecución de la operación. Sin embargo, la evaluación de las proyecciones financieras indican que existiría la capacidad adecuada para financiar la reforma del sector propuesto en el Programa.

**BANCO EN EL PAIS
Y EN EL SECTOR:**

La estrategia del Banco en el país está orientada a la: (i) consolidación de reformas estructurales mediante proyectos que especialmente apoyen a la descentralización administrativa y regional de los servicios públicos; (ii) reducción del nivel y disparidad regional de pobreza mediante el apoyo de reformas de política y cambios institucionales, así como el financiamiento de proyectos que mejoren las accesibilidad a los servicios públicos y las condiciones de trabajo de los grupos de bajos ingresos; y (iii) consolidación de reformas macroeconómicas para promover la recuperación económica del país.

**IMPACTO
EN BAJOS
INGRESOS:**

Los beneficiarios de bajos ingresos del Programa superan el porcentaje de bajos ingresos a nivel nacional, por lo que se cumple con el segundo criterio de la Octava Reposición.

**EXCEPCIÓN A LA
POLÍTICA**

La única excepción a la política es la contratación directa del PNUD para asistir al MSAS en la contratación de la asistencia técnica, y la adquisición de equipamiento que se realice en el exterior. En la Sección III B.3 se presenta más detalladamente esta propuesta.

Sin embargo, para agilizar la ejecución del Programa y facilitar las labores de supervisión de la Representación, se propone un cambio en los procedimientos de revisión del proceso de selección y contratación de servicios de consultoría permitiendo la revisión a posteriori, por muestreo, para contratos de consultores individuales inferiores a US\$20.000 (detalles en el párrafo 3.26).

**MONTOS LIMITES
DE ADQUISICIONES**

Los montos límites por sobre los cuales las adquisiciones de este proyecto se harán por licitación pública internacional son: US\$350.000 para bienes y US\$3.000.000 para obras.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

EL Programa tendrá las siguientes condiciones previas al primer desembolso del préstamo:

- a. Presentación de un convenio de transferencia de los recursos del préstamo de manera no reembolsable al MSAS, así como los de contrapartida local (véase párrafo 3.1).
- b. Presentación por el MSAS de las pautas y un cronograma del plan de descentralización y mostrar evidencia de que se ha designado el equipo técnico que trabajará tiempo completo para

apoyar las acciones de descentralización (véase párrafo 3.9).

- c. Presentación para su aprobación del Reglamento Operativo del Programa (véase párrafo 3.10).
- d. Presentación de evidencia de la creación del fideicomiso para canalizar los recursos del Programa (véase párrafo 3.14).
- e. Presentación del convenio de administración con el PNUD para asistir a la UCP en la contratación de la asistencia técnica, las consultorías y la adquisición de equipos en el exterior (véase párrafo 3.16).

Como condición previa al primer desembolso del componente de mejorar la capacidad de diseño de política y reestructuración del MSAS, el Organismo Ejecutor deberá:

- f. Presentar los términos de referencia del estudio que desarrollará la política Nacional de Formación y Administración de Recursos Humanos del sector (véase párrafo 2.14).
- g. Presentar los términos de referencia del estudio que definirá la política financiera del sector (véase párrafo 2.15).
- h. Presentar los términos de referencia para los estudios de fortalecimiento que apoyan el proceso de reestructuración del MSAS (véase párrafo 2.6).
- i. Presentar los planes de reestructuración y reconversión del MSAS en los términos acordados con el Banco, incluyendo la estructura de transición de cargos del Ministerio y evidencia de haber constituido el equipo técnico que trabajará en las acciones indicadas en dichos planes (véase párrafo 3.19).

Otras condiciones

- j. Para llevar a cabo la supervisión del Programa se realizarán revisiones anuales conjuntas entre el organismo ejecutor y el Banco a partir de los 12 meses de iniciado el Programa. Estas reuniones se efectuarán a más tardar el 28 de febrero de cada año y se analizará entre otros aspectos, los temas indicados en el párrafo 3.27.

- k. En el caso de no encontrarse satisfactorio, el estado de ejecución del programa, en las reuniones anuales antes mencionadas, el Prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, deberá presentar dentro de los 60 días siguientes a aquel en que se manifieste, sus reparos, las medidas correctivas que implantará y el cronograma para la ejecución de las mismas. Si las medidas correctivas a que se hace referencia anteriormente no fueran satisfactorias, el Banco podrá adoptar las acciones que juzgue apropiadas de acuerdo con las disposiciones del contrato de préstamo (véase párrafo 3.30).
- l. Se podrá reconocer con cargo al Préstamo del Banco gastos hasta por el equivalente de US\$3,5 millones, y con cargo al aporte local gastos hasta por el equivalente de US\$2,2 millones (véase párrafo 3.34). En especial, se analizará la continuación de los desembolsos de recursos no comprometidos y la ejecución de cada componente, si las metas establecidas son razonablemente cumplidas anualmente.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Introducción

- 1.1 La operación propuesta es un elemento central de la estrategia de reforma del Gobierno en el sector salud, la que busca el mejoramiento de la prestación de servicios mediante: (i) la racionalización de los recursos del sector; (ii) el ordenamiento de su funcionamiento para evitar la duplicación de funciones y asegurar la creación de condiciones que eleven la productividad y la equidad en la prestación de servicios; y (iii) la modernización de sus instituciones, especialmente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) transformándolo en ente responsable de la definición de políticas y coordinación del sector.

B. Situación económica y reforma del sector público

- 1.2 En medio de una crisis económica el gobierno del presidente Carlos Andrés Pérez emprendió un programa de estabilización con reforma estructural orientado a obtener un sector no petrolero moderno, abierto y competitivo. Entre las medidas de reforma estructural figuraron estas: liberalización del comercio exterior, reducción de los controles de precios e intereses, privatización de empresas públicas y descentralización. El método de choque, combinado con el mejoramiento de los términos del intercambio, provocó un rápido descenso de la inflación y elevadas tasas de crecimiento, pero al mismo tiempo agudizó la pobreza. En 1992 el impulso de la estabilización y la reforma estructural se disipó en parte debido a un pronunciado deterioro de la matriz sociopolítica que, sumado al desmejoramiento de los términos del intercambio, llevó a la reaparición de la inestabilidad económica.
- 1.3 El gobierno del presidente Rafael Caldera asumió el poder en febrero de 1994 en medio de un deterioro de la economía agravado por una seria fatiga provocada por el ajuste y la peor crisis financiera del país. La asistencia prestada a los bancos por el Fondo de Garantías (FOGADE), equivalente al 12% del PIB, aproximadamente, se financió esencialmente con créditos del Banco Central. El consiguiente aumento de la liquidez llevó a una pérdida del control monetario y a un considerable déficit cuasi fiscal, acentuándose de esta forma el desequilibrio macroeconómico. En julio de 1994 el gobierno revocó derechos constitucionales e impuso controles cambiarios y de precios, pero esto no impidió que la situación económica continuara desmejorando. En septiembre de 1994 se anunció un plan de estabilización denominado Programa de Estabilización y Recuperación Económica (PERE). El plan comprendía medidas de estabilización a corto plazo (incluidas la emisión de bonos en dólares e indizados, el aumento de los precios de los combustibles para consumo interno y restricciones fiscales y monetarias) y medidas de reforma estructural (entre ellas la apertura del sector de minería y petróleo a las inversiones extranjeras y la privatización de empresas públicas).

- 1.4 Sin embargo, las medidas de políticas reales, incluido el presupuesto para 1995, siguen brindando indicios contradictorios en cuanto a la orientación de las políticas y el ritmo de ejecución. Las perspectivas son de que continúen las dificultades macroeconómicas en el mediano plazo, si no se implanta un programa económico sustancial.
- 1.5 La tarea fundamental que tiene ante sí el país, además de resolver la crisis del sector financiero y aplicar medidas de estabilización, consiste en llevar a cabo una reforma estructural e institucional para modernizar la economía no petrolera. Se trata de un ajuste que comprenderá el cambio de la eficiencia, la eficacia y la financiación del sector público; la fijación de nuevas "reglas de juego" claras para el sector privado; y la reforma del sistema de seguridad social, incluidos los pagos por despido.
- 1.6 El actual gobierno ha decidido que la descentralización de los servicios (de educación, salud y transporte) transfiriéndolos a los estados, ha de ser el principal mecanismo para mejorar su prestación, puesto que dejarán de estar bajo control del aparato ineficaz y en absoluto funcional del gobierno central. Conforme a este esquema se transferirá a los estados la responsabilidad de la provisión de servicios básicos, junto con parte de los trabajadores empleados por los ministerios de línea. La transferencia de empleados hará necesario el pago de indemnizaciones por despido por valor de aproximadamente US\$10.000 millones, de los cuales las reformas propuestas de todo el sector de salud representan alrededor del 10%.

C. El sector salud

- 1.7 El sistema de salud está integrado por diversas instituciones pertenecientes tanto al sector público como al privado, este último con o sin fines de lucro. Pertenecen al sector público más de 50 instituciones dependientes del MSAS y de otros entes del Estado, lo que constituye una compleja red de servicios prestados a nivel nacional, estatal y municipal. ^{1/} Además, el sector privado tiene una presencia importante, al operar alrededor de 300 establecimientos, un número no cuantificado de consultorios y algunas fundaciones privadas sin fines de lucro, los cuales atienden entre el 10% y el 15% de la población.
- 1.8 El mayor proveedor de servicios es el MSAS, dado que opera en todo el territorio nacional 175 hospitales con una disposición de 26.000 camas y 3.700 centros ambulatorios de distintos niveles de complejidad, en áreas rurales y urbanas. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), es el segundo en importancia al ofrecer servicios curativos en 31 hospitales con 5.750 camas y 76

^{1/} En el Anexo I-1 se presenta un análisis de estructura organizativa del MSAS.

ambulatorios y otras dependencias menores. El número de camas operadas por el sector público representa el 75% del total de camas hospitalarias existentes en el país.

- 1.9 Existen otras instituciones públicas de previsión social que contratan servicios con centros privados. Esta oferta ha crecido sustancialmente en los últimos años, pero de manera inorgánica y con poco control.
- 1.10 Del análisis realizado del sector se desprende que las deficiencias más relevantes del mismo para atender el perfil epidemiológico del país son las siguientes:

1. Complejidad organizativa del MSAS

- 1.11 La capacidad resolutive del sistema de salud ha sido afectada en los últimos años por la pérdida de eficiencia y eficacia del MSAS. Lo anterior se debe, entre otros aspectos, a que la institución ha experimentado un crecimiento desordenado de su estructura. Este proceso también estuvo acompañado con una mayor centralización de funciones. En la actualidad el Ministerio es responsable por la supervisión de las siguientes entidades:

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL		
13 Direcciones Generales Sectoriales	14 Institutos	5 Institutos Autónomos Especializados: Instituto Nacional de Higiene (INH); Instituto Nacional de Gerontología (INAGER)
66 Direcciones de línea	7 Centros Nacionales	Instituto Nacional de Nutrición (INN) Hospital Universitario de Caracas (HUC), e Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC)
36 Oficinas sin rango	4 Comisiones	Fundación para el Mantenimiento de Infraestructura (FIMA).
27 Programas	4 Fundaciones	Programa Ampliado Materno-Infantil (PAMI)
9 Unidades Subregionales	1 Escuela	
23 Direcciones de Salud		
130 Distritos Sanitarios		

- 1.12 Por otro lado la institución se ha visto cargada de obligaciones laborales derivadas de contrataciones colectivas que ha resultado en una fuerza laboral abultada, marginalmente productiva debido a la presencia de un volumen importante de "reposeros" y "suplentes",

y "prejubilados" 2/, lo que ha disminuido su capacidad de mantenimiento e inversión, y ha debilitado su función normativa y reguladora, entre otras, llevando así al deterioro progresivo de su capacidad de gestión.

- 1.13 La situación anterior obliga a repensar el ordenamiento institucional, generar clara líneas de mando, descentralizar la gestión, facilitar la participación coherente de los diferentes niveles y reordenar los distintos niveles de dependencia administrativa de los múltiples entes asociados al sector.

2. Desequilibrios en la estructura y distribución de recursos humanos

- 1.14 La administración de los recursos humanos representa uno de los principales problemas que enfrenta el sector salud. Actualmente, más de 100.000 empleados trabajan en el MSAS, que representa el 75% de su presupuesto anual ejecutado (US\$420 millones), limitando las erogaciones que deberían ser destinadas a otros fines. Por otro lado, existen serios desequilibrios en cuanto a la distribución geográfica de los recursos humanos, su formación y tipo de especialización. Por ejemplo, el Distrito Federal concentra el mayor número de médicos, odontólogos, enfermeras graduadas y auxiliares, mientras que lugares alejados no cuentan con los recursos suficientes. Asimismo, en los últimos años el número de médicos ha crecido en forma desproporcionada en relación al personal técnico de apoyo, de manera que hay 3 médicos por cada 2 enfermeras graduadas.
- 1.15 Además, las condiciones laborales del sector reflejan problemas en lo relacionado a bajos niveles salariales, inadecuadas condiciones físicas del ambiente de trabajo, falta de incentivos, desarrollo profesional limitado, baja motivación que han llevado al ausentismo y pluriempleo, e inferior calidad y productividad en los servicios.
- 1.16 Todos estos problemas resaltan la necesidad de: (i) un plan de capacitación a todos los niveles; (ii) una reforma integral de la formación de recursos humanos en el sector; y (iii) una ordenación y modernización de las políticas vigentes de recursos humanos.

3. Inadecuado modelo de atención y control sanitario

- 1.17 El presente modelo de atención contiene serias inefficiencias para enfrentar el presente perfil epidemiológico mixto de enfermedades infecciosas y perinatales prevenibles (propias de países con bajo

2/ Reposeros representan empleados que acumulan largos períodos de ausencia por enfermedad. Esta ausencia prolongada crea la necesidad de contratar "suplentes de reposeros". Prejubilados son aquellos empleados elegibles para la jubilación pero que continúan en la nómina debido a que el gobierno no tiene los recursos para pagar las correspondientes prestaciones sociales.

desarrollo), que coexisten con, enfermedades relacionadas al proceso de urbanización. Si bien los indicadores agregados a nivel nacional todavía se mantienen a niveles comparables a otros países de similar nivel de desarrollo, las desigualdades al interior del país, tanto geográfica como por grupos de población son preocupantes. La persistencia de un 20% de muertes atribuibles a enfermedades infecciosas y perinatales prevenibles, el recrudecimiento de las endemias tropicales (v.g. malaria, dengue, mal de Chagas, oncocercosis), los rebrotes de tuberculosis, lepra y otras enfermedades infecto-contagiosas, demuestran el deterioro de las condiciones de vida de la población, en especial de los pobres urbanos y rurales. De manera análoga, las enfermedades degenerativas y las lesiones asociadas a la urbanización e industrialización (cardiovasculares, cáncer, accidentes, violencia, con 30% de defunciones) constituyen un freno importante a la productividad nacional. (ver Anexo I-1)

- 1.18 Cabe señalar que el esquema organizativo del sistema de salud no es el más adecuado para atender los cambios socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos. El presente sistema contiene serias debilidades en la organización y funcionamiento en los diferentes niveles de atención. Estas debilidades incluyen: (i) ausencia de coordinación entre los niveles primarios y los de referencia; (ii) inadecuado flujo de información entre los diferentes niveles; (iii) sesgo curativo de los servicios a expensas de las actividades preventivas; (iv) baja capacidad resolutoria en los ambulatorios y hospitales públicos; y (v) inadecuada administración de recursos humanos.
- 1.19 Por la anterior, resulta urgente reformar el modelo de atención para poder contar con una capacidad de vigilancia y respuesta epidemiológicas adecuadas, capaces de asignar los recursos en base a criterios racionales que aseguren la prioridad de las intervenciones preventivas y curativas.
- 1.20 Otra de las actividades necesarias es el reforzamiento de la capacidad del MSAS de llevar el control de calidad del sector, tanto en materia de servicios de salud, establecimientos y personal, como de productos de consumo humano. La dificultad creciente de garantizar la calidad y el suministro de medicamentos esenciales, hemoderivados y productos biológicos, obligan a redefinir el rol del sistema de control sanitario para que recupere la capacidad de establecer controles sobre la producción de los mismos.

4. Inadecuado financiamiento del sector

- 1.21 Las fuentes de recursos del sector consisten en: (i) contribuciones dirigidas al MSAS por montos superiores a US\$1.300 millones provenientes del sector público consolidado; (ii) aportaciones del IVSS a través del Fondo de Salud, el cual recoge contribuciones de patrones, asalariados y del fisco; (iii) aportes de los Estados y

municipios, los cuales en promedio gastan en salud, alrededor del 10% de su presupuesto. 3/

- 1.22 Sin embargo, el presente sistema presupuestario y de pago a los proveedores de servicios no incentiva la distribución apropiada de recursos ni la eficiencia en la prestación de servicios. Los hospitales y ambulatorios reciben los presupuestos basado en el gasto del año anterior, en lugar de estar basados en términos de volumen o calidad de servicios o en el impacto del estado de salud. Mecanismos, tales como pago de sumas fijas por paciente por año para tratamiento ambulatorio, pago relacionados al tratamiento de casos internados o presupuestación relacionada al funcionamiento de los hospitales, aún no han sido implantados en el país.
- 1.23 Cabe señalar que los establecimientos de salud del Gobierno usualmente no cobran por servicios prestados a pacientes del IVSS o de compañías de seguros privado. Esto se debe principalmente a la incapacidad del Ministerio de establecer tarifas basadas en el costo de prestación de servicios y a su inhabilidad de facturar y cobrar a las compañías de seguros por servicios prestados.
- 1.24 Las dificultades crecientes en el manejo financiero del sector y el alto grado de dependencia en el Gobierno Central, obliga al reordenamiento y racionalización de los recursos y al estudio de fuentes alternativas de financiamiento. En este análisis se deberá incluir el desarrollo de criterios de autonomía, autogestión y autofinanciamiento de los servicios, explorando sus implicaciones con miras a facilitar la priorización de acciones con mayores impactos sobre los usuarios de más bajos ingresos.

5. Inadecuada calidad de servicios

- 1.25 La calidad en la prestación de servicios también ha sido afectada por el deterioro que ha sufrido la infraestructura del sector. La mayoría de los centros asistenciales públicos confrontan serios problemas de mantenimiento de su infraestructura, equipamiento obsoleto, disposición deficiente de residuos, fallas generalizadas de control y supervisión de la gestión, deficiencias en los sistemas de información y excesiva centralización en los procedimientos de adquisiciones.
- 1.26 Por otro lado y en cuanto a la demanda de servicios en hospitales públicos, existe una sub-utilización de la capacidad hospitalaria, especialmente en los niveles I (prestación de servicios a pacientes internados y atención ambulatoria primaria y secundaria) y II (ofrecen servicios médicos básicos y diferentes especialidades), atribuible tanto a su baja capacidad resolutive como a la preferencia de la población de acudir a hospitales públicos especializados de mayor prestigio. Aún en los casos de atención

3/ Ver Capítulo IV, Sección A para mayor detalle sobre los gastos del sector.

primaria, la demora en recibir atención y la desconfianza en la calidad del servicio, resulta en que muchos pacientes ignoren los ambulatorios y se dirigen directamente a los hospitales públicos. Todo lo anterior resulta en una utilización inapropiada de los hospitales públicos y eleva el costo de la atención básica de salud.

- 1.27 Por otra parte, la tradicional práctica de programar el número de establecimientos, personal y otros recursos en función de asignaciones normativas por unidad de población, sin tomar en cuenta la demanda efectiva, ha generado desequilibrios importantes entre la oferta y la demanda de servicios básicos.

D. Reforma del sector

- 1.28 Pese a que existe una jerarquización de los servicios públicos de salud por niveles de atención (Ver Anexo I-1), se verifican limitaciones en su accesibilidad, capacidad y eficiencia resolutive que exigen acciones correctivas que: (i) minimicen los desequilibrios espaciales y las carencias de ambulatorios, de camas y/o dotación de equipos y de personal calificado; (ii) intensifiquen los esfuerzos de mantenimiento de infraestructura y equipos; (iii) implanten sistemas que aseguren el abastecimiento efectivo de insumos críticos; (iv) reforme la configuración de la red de atención y referencia; (v) aumente la productividad del personal; y (vi) incentive la actividad preventiva y de atención primaria.
- 1.29 Asimismo, la estrategia de descentralización de la prestación de los servicios de salud a los estados permitiría: (i) incentivar procesos de planificación sistemática de las inversiones en programas e infraestructura para corregir desequilibrios en la oferta de servicios; (ii) precisar los criterios de coordinación entre el MSAS y los estados (en base a compromisos de desempeño de gestión) que permiten vincular el otorgamiento de subsidios federales y otras fuentes de financiamiento del sector al logro de determinadas metas de eficiencia y eficacia; y (iii) desarrollar políticas y sistemas eficientes de mantenimiento preventivo, para los equipos e infraestructura de servicios.
- 1.30 En este contexto, el gobierno espera incrementar la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a través de diferentes modalidades que han sido probadas con éxito dentro y fuera del país. Entre estas, cabe destacar la autogestión en establecimientos de salud, utilizando fundaciones privadas, la contratación de servicios de alta complejidad en hospitales públicos y la creación de microempresas para servicios auxiliares.
- 1.31 Las autoridades venezolanas han considerado la descentralización progresiva de los servicios públicos como uno de los instrumentos claves para lograr una mayor eficiencia de la gestión de los mismos. Bajo este esquema, la intención es que los ministerios de línea ejerzan funciones normativas y reguladoras, y se delegue

mayor autoridad y responsabilidad a los gobiernos estatales y municipales en la prestación de servicios. La revisión del marco legal sanitario para adecuarlo al funcionamiento del sector salud se efectuará como parte de la operación propuesta (ver Capítulo III sección A).

- 1.32 Hasta el presente se ha avanzado en el proceso de descentralización mediante la aprobación de convenios con los estados de Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Mérida y Zulia. De estos, los estados de Carabobo, Anzoátegui, Bolívar y Mérida se espera que participarán en el Programa propuesto. Cabe señalar que los convenios de descentralización de los restantes estados (hasta tres) que podrán participar en el programa se encuentran en diferentes etapas de negociación y se estima que tengan firmados los convenios en el primer semestre de 1995. Adicionalmente se tiene programado que los 13 restantes estados firmen convenios de descentralización en los próximos tres años.

E. Operación complementaria con el Banco Mundial

- 1.33 El programa acordado con el Banco y el Banco Mundial, constituye un apoyo inicial al sector, cuyos lineamientos operativos estarían enmarcados en acciones de ámbito nacional y regional. Las acciones del ámbito nacional, permitirán recoger iniciativas del Gobierno para el sector, iniciando con un ordenamiento en el MSAS y una definición de políticas más claras. Las intervenciones del ámbito regional en los Estados elegibles, por su lado, permitirán facilitar la búsqueda de mecanismos para operacionalizar las reformas propuestas del sector. El programa propuesto del Banco se encargaría principalmente de elaborar e implantar estas actividades.
- 1.34 La operación del Banco Mundial, por otra parte, complementaría las acciones del Banco y estarían enfocada principalmente a apoyar la descentralización de los servicios, a través del fortalecimiento de la capacidad institucional de cuatro estados (Aragua, Falcón, Trujillo y Zulia) de planificar y administrar sus sistemas de salud. También se incluye un componente orientado a mejorar la prestación de servicios en esos mismos estados, mediante la rehabilitación o reemplazo de infraestructura física, incluyendo equipamiento básico de ambulatorios y hospitales.

1. Otras operaciones

- 1.35 Las acciones que son actualmente ejecutadas por el MSAS y que tienen financiamiento externo, son las siguientes: (i) Proyecto de Desarrollo Social y Nutrición (PDS) financiado por el BIRF y UNICEF, tiene por objeto apoyar la: (a) distribución de alimentos a través del Programa Ampliado Materno-infantil (PAMI) y fortalecer la atención primaria, la educación e información del público mediante el Programa de Becas Alimentarias; (b) ampliar la Encuesta Nacional de Hogares; y (c) reforzar el sistema de información gerencial; (ii) el Programa de Control de Enfermedades Endémicas

(PCEE) también financiado por el BIRF, tiene por objeto: (a) fortalecer las dependencias del MSAS responsables del control de endémicas; y (b) reducir la incidencia y el impacto de enfermedades como: malaria, lepra, dengue y chagas; y (iii) la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició en los Estados de Táchira y Lara, el desarrollo a nivel de experiencia piloto, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), lo cual constituye un avance del concepto de descentralización.

F. Estrategia del Banco en Venezuela

- 1.36 La estrategia del Banco en el país está orientada a la: (i) consolidación de reformas estructurales mediante proyectos que especialmente apoyen a la descentralización administrativa y regional de los servicios públicos; (ii) reducción del nivel y disparidad regional de pobreza mediante el apoyo de reformas de política y cambios institucionales, así como el financiamiento de proyectos que mejoren las accesibilidad a los servicios públicos y las condiciones de trabajo de los grupos de bajos ingresos; y (iii) consolidación de reformas macroeconómicas para promover la recuperación económica del país.
- 1.37 EL Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud propuesto se enmarca dentro de la estrategia del Banco en el país, y con las acciones indicadas en la Agenda Social para Venezuela, ya que se apoyaría la implantación de reformas institucionales orientadas a la descentralización de servicios públicos que permitirían su prestación en forma más eficiente y con mejor calidad. Asimismo, la operación bajo consideración también estaría orientada a la eliminación de discrepancias regionales en el acceso a servicios de salud, especialmente para los grupos de bajos ingresos.

G. Experiencia del Banco en el sector

- 1.38 El único apoyo anterior del Banco para el sector salud en Venezuela ha sido mediante el Programa de Inversión Social (PROINSOL-préstamo 658/OC-VE)) que fue aprobado en 1991 y está dirigido a financiar y reforzar los programas de inversión social de gobiernos regionales y locales. Uno de los componentes financia inversiones en el área de servicios de atención primaria, especialmente materno infantil de los sectores de bajos ingresos. Cabe destacar que bajo PROINSOL se inició el apoyo del Banco para establecer un mecanismo de financiamiento disciplinado de las inversiones en el sector salud de los gobiernos locales, el cual será fortalecido con el Programa propuesto.
- 1.39 La ejecución de PROINSOL se ha iniciado y dentro de su banco de proyectos se encuentran aproximadamente 209 operaciones de inversiones en las diferentes áreas sociales. De estos, 46 representan operaciones en el sector salud vinculadas a la rehabilitación o nuevas construcciones de centros ambulatorios de primera atención, principalmente en áreas rurales. Estas

inversiones formarán parte de los programas de inversiones de cada estado que se elaborarán bajo la operación propuesta.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos

- 2.1 El Programa de Modernización y Fortalecimiento del Sector Salud tiene como objetivo fundamental mejorar la eficiencia en la prestación de servicios en el sector. La operación tiene como objetivos específicos los siguientes: (a) racionalizar el gasto público en salud hacia: (i) la atención de los grupos de bajos ingresos y (ii) un modelo de atención con un enfoque preventivo en función del perfil epidemiológico; (b) fortalecer las instituciones responsables de diseñar e implantar las políticas del sector; y (c) apoyar la descentralización de la prestación de los servicios de salud y el fortalecimiento de las instituciones regionales y locales.

B. Descripción del Programa

- 2.2 El programa consta de dos componentes: (i) asistencia técnica para la reestructuración, fortalecimiento y modernización del MSAS como ente rector del sector salud (lo cual implica el pago de prestaciones sociales del personal reestructurado) y el ordenamiento de sus organismos adscritos; y (ii) asistencia técnica para fortalecer la descentralización de los servicios de salud y financiamiento de inversiones de rehabilitación en la red primaria de los estados.

1. Reestructuración del MSAS.

a. Fortalecer y modernizar al MSAS (U\$56,9 millones)

- 2.3 Ello se logrará a través de dos subproyectos básicos: (i) reestructuración y reconversión laboral del MSAS; y (ii) fortalecimiento y modernización del MSAS.

- 2.4 Reestructuración del MSAS y Reconversión laboral (U\$50,0 millones). Lo que incluye la reestructuración del MSAS, reduciendo significativamente las unidades organizativas de su actual estructura con reducciones sustanciales de recursos en cada una. Este componente incluye el pago de prestaciones sociales del personal reestructurado. 4/

- 2.5 Para atender las necesidades de la nueva estructura del Ministerio y el impacto de su reestructuración, se ha previsto un Plan de Reconversión Laboral que incluye capacitación en: (i) actualización de conocimientos; (ii) nuevas habilidades y destrezas; (iii) asistencia técnica y capacitación para el trabajo, en forma

4/ Estas prestaciones sociales no están relacionadas a las contribuciones del seguro social del IVSS.

independiente o de pequeños empresarios; (iv) presupuesto para pago de períodos de prueba en empresas; y (v) bonificación para los que no se acojan a ninguna de las alternativas anteriores. Asimismo el Programa apoyará la oficina que administrará el proceso.

- 2.6 Fortalecimiento y modernización del MSAS (U\$6,9 millones). Para apoyar el proceso de reestructuración, se prevé realizar acciones específicas de fortalecimiento y modernización al MSAS, que permitan redimensionar y reorientar la estructura de cargos existentes. La presentación de los términos de referencia para los estudios de estas acciones serán condición previa al primer desembolso. Adicionalmente, se realizarán las siguientes acciones: (i) diseñar e implantar sistemas gerenciales incluyendo políticas de personal; (ii) capacitar al personal para el desempeño eficiente de sus nuevas funciones; y (iii) dotar de equipos al Ministerio para establecer una red interna, interconectada con el resto de la red de salud que permita ordenar el sistema nacional de información.

b. Ordenamiento de organismos adscritos al MSAS (U\$9,6 millones)

- 2.7 Evaluación institucional y propuesta de reorganización. Incluye la evaluación organizacional, revisión de su estructura de gastos, preparación e implantación de planes para la modernización de institutos autónomos y fundaciones, adscritos al MSAS, mediante la definición de alternativas de reorganización, entre las cuales se consideran: descentralización, readscripción, redimensionamiento y alternativas de operación con otras instituciones públicas y privadas. Los cambios legales necesarios serán recogidos en el nuevo marco jurídico del sector, cuya modificación será apoyada por la operación propuesta.
- 2.8 Las instituciones objeto de estudio serán los institutos autónomos: INN que opera programas de alimentación y vigilancia nutricional; INAGER, responsable de la protección y asistencia al anciano; INH, encargado de la revisión, análisis de productos biológicos, exámenes bacteriológicos, parasitológicos, químicos y elaboración de productos biológicos; HUC, ofrece servicios asistenciales y docentes, situado en la sede de la Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti; IVIC encargado de la investigación y aplicación en las diversas ramas científicas.
- 2.9 En cuanto a las empresas del Estado se contempla QUIMBIOTEC, encargada de la manufactura y comercialización de los derivados sanguíneos y otros productos químicos de alta tecnología. Igualmente se considera el SEFAR, servicio autónomo responsable de la producción de medicamentos genéricos y elaboraciones farmacéuticas. En el caso de estas instituciones se desarrollará el análisis de alternativas de asociación con otras instituciones públicas o privadas.

- 2.10 Entre las fundaciones se han previsto: FIMA, la cual tiene como objetivo diseñar, formular, implantar y evaluar los programas de mantenimiento e infraestructura de los centros asistenciales del MSAS, y PAMI, responsable de ejecutar el programa alimentario materno infantil, para la cual se han previsto estudios de nuevos esquemas organizacionales.
- 2.11 Reorganización del sistema de control sanitario. Se apoyará el análisis necesario para reorganizar al INH y a la contraloría sanitaria del MSAS. Una vez llevada a cabo la reorganización antes indicada se apoyaría a las instituciones con asistencia técnica y capacitación para las actividades de control y registro de productos de consumo humano así como con inversiones en obras y equipo (US\$8,6 millones) que apoyen la expansión de los laboratorios de control de calidad, para realizar control post-registro de los productos de consumo humano.

c. Formulación de políticas del sector

- 2.12 Este componente permitirá fortalecer la capacidad del MSAS para formular políticas que permitan asignar y controlar los recursos humanos, institucionales y presupuestarios del sector, conforme a criterios racionales (epidemiológicos, técnicos, éticos, gerenciales y de costo-eficacia) pertinentes a la problemática del sector y de su entorno sociopolítico y económico. Para ello, se incluyen estudios y acciones orientados a:
- 2.13 Programa de Prevención y Promoción (US\$13,6 millones). Desarrollo e implantación del Programa de Prevención de Enfermedades, Promoción e Información en Salud (PEPIS), el cual contribuirá a la difusión masiva de información a nivel nacional de información orientada a: (i) prevenir enfermedades comunes; (ii) promover estilos de vida más saludables; y (iii) promover la utilización adecuada de los servicios de salud. Asimismo se apoyarán campañas específicas dirigidas a problemas típicos de la región de acuerdo con su perfil epidemiológico y el contacto directo con grupos de la comunidad y usuarios de los servicios de salud, incluidas las comunidades indígenas.
- 2.14 Políticas de formación y administración de recursos humanos (US\$0,5 millones). Dirigido a establecer las acciones de corto, mediano y largo plazo, orientadas a corregir deficiencias críticas en la calidad y cantidad de los recursos humanos del sector. Estas acciones serán recogidas en una política Nacional de Formación y Administración de Recursos Humanos que será implantado. Estas actividades incluirán entre sus alcances definiciones de cantidad y calidad de profesionales a formar en las distintas carreras de la salud, los procesos de revisión curricular de las escuelas conforme a los perfiles ocupacionales que demandan las necesidades epidemiológicas del país y su nuevo modelo de atención, y propuestas para mejorar las condiciones de trabajo y la administración del recurso humano del sector. La presentación de

los términos de referencia de este estudio será condición previa al primer desembolso de este componente.

d. Financiamiento del sector (US\$0,9 millones)

- 2.15 Incluye la realización de estudios que apoyen la definición de las bases de un nuevo modelo de financiamiento del sector a nivel nacional y estatal, y que abarque los sectores público y privado. Para ello se ha previsto la realización de estudios en las siguientes áreas: (i) distribución de gasto en el sector según fuentes de financiamiento, a fin de lograr su relación con los niveles de control y los mecanismos de asignación de recursos a ser implantados por el MSAS; (ii) proyección de las fuentes de financiamiento a nivel central, estatal y local, para establecer alternativas orientadas a su optimización e identificar fuentes potenciales consideradas en el nuevo esquema de financiamiento; y (iii) actualización de cálculos actuariales del programa de salud del IVSS, así como también la realización de proyecciones según costos de los riesgos que serán definidos en función de los servicios que financiará el Estado.
- 2.16 Marco Jurídico del sector. Financiará la asistencia técnica necesaria para actualizar y definir la nueva legislación sanitaria en el marco del proceso de reforma del sector.

2. Descentralización de los servicios de salud (US\$154,8 millones)

- 2.17 Este conjunto de acciones apoyará el proceso de descentralización, a través del cual se efectuará la transferencia racional y ordenada de los recursos y servicios de salud del MSAS a los estados, fortaleciendo la capacidad institucional de los mismos para asumirlos y operarlos eficientemente. Las acciones de apoyo a la descentralización en los estados y las inversiones, serán administradas a través de fideicomisos. Estos fideicomisos operarán con base a un Reglamento Operativo que define los criterios de elegibilidad y procedimientos a cumplir por los estados y tendrá recursos de contrapartida de los presupuestos estatales y del MSAS. Se estima que los recursos que estarán disponibles financiarán acciones de fortalecimiento institucional, preinversión y modernización de servicios para apoyar la gestión descentralizada hasta un máximo de siete estados.

a. Preinversión (U\$10,3 millones)

- 2.18 Estados en proceso de descentralización (US\$7,9). Apoyará la preparación de planes estatales de salud y estudios de prefactibilidad y factibilidad que permitan a los estados preparar los proyectos que se identifiquen en dichos planes.
- 2.19 Apoyo especial a regiones de menor desarrollo relativo (U\$2,4 millones). Este componente está orientado a los estados de Apure, Cojedes, Amacuro y Amazonas, los cuales tienen un menor nivel de

desarrollo y necesitan apoyo especial en fortalecimiento institucional para preparar planes estatales y estudios de preinversión. Estos estados participarían en el financiamiento de inversiones de una segunda eventual etapa del Programa.

b. Fortalecimiento Institucional de los sistemas estatales de salud (US\$24,4 millones)

- 2.20 Organización de los sistemas estatales (US\$5,3 millones). Apoya la transferencia de competencias a los estados. Para ello trabajará con los sistemas estatales en: (i) diseñar las estructuras organizativas para manejar los servicios; (ii) diseñar el manual de cargos; (iii) reconversión de personal de funcionarios claves en la gestión; y (iv) diseñar esquemas de coordinación de servicios con el IVSS y otros entes.
- 2.21 Asistencia técnica, capacitación de los sistemas estatales (US\$13,9 millones). Se contempla asistencia técnica, capacitación para la gestión y equipamiento de los Estados con el propósito de mejorar la operación y ejecución de sus sistemas. La asistencia técnica está orientada, entre otros aspectos a: (i) planificación estratégica; (ii) contraloría sanitaria; (iii) sistemas de vigilancia de salud y control epidemiológico; (iv) sistemas de control de gestión a nivel estatal; (v) políticas y sistemas de administración de recursos humanos; (vi) sistemas de administración financiera; (vii) sistemas de información estadística y gerencial; (viii) sistemas de abastecimiento; (ix) sistemas de mantenimiento; y (x) sistemas de manejo de desechos sólidos.

c. Modernización de Servicios de Salud en los estados (US\$120,1 millones)

- 2.22 Incluye principalmente inversiones orientadas a la recuperación de la red primaria en los estados, no obstante, se podrán financiar inversiones en obras de mejoramiento (rehabilitación o sustitución) y equipamiento de la infraestructura de servicios de atención, secundaria y terciaria, tanto ambulatoria como hospitalaria. Este componente incluye el financiamiento de diseños finales en los casos necesarios y la supervisión respectiva de inversiones.

C. Dimensionamiento del Programa

- 2.23 El dimensionamiento del Programa responde al límite establecido por el Gobierno para el endeudamiento externo, a la disponibilidad prevista de recursos de aporte local en el período de ejecución, y a la capacidad de ejecución del MSAS y los estados.
- 2.24 Las acciones de reestructuración, fortalecimiento y modernización del MSAS se han dimensionado con base a estimados de: propuesta de reestructuración desarrollada por el MSAS; un proceso de auditoría, racionalización y normatización (manual) de cargos y personal, con el apoyo de consultorías del Programa; procesos de reconversión externa del personal del MSAS financiados por el

Programa (identificando las personas dispuestas a participar, sus perfiles y opciones de inserción en el mercado laboral del país; y un análisis de los recursos humanos y sus necesidades de capacitación.

- 2.25 El componente de descentralización fue dimensionado con base al análisis de las necesidades de inversión de cuatro estados que reúnen el 20% de la población de Venezuela, y fueron escogidos en virtud de sus características demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas, y administrativas, así como de la configuración de sus servicios de salud (todo público y mixto público-privado).

D. Costo Total del Programa

- 2.26 El costo total del Programa financiado por el Banco se estima en el equivalente a US\$300,0 millones y se distribuye por categorías de inversión y fuentes de financiamiento tal como se indica a continuación 5/.

CUADRO DE COSTO Y FINANCIAMIENTO (US\$ millones)					
CATEGORÍA DE COSTOS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO				
	BID	MSAS	ESTADOS	TOTAL	%
1. ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	0	10,21	7,44	17,65	5,88
1.1.1 Personal y Administración	0	3,88	4,92	8,80	2,93
1.1.2 Asesorías externas	0	1,48	2,52	4,00	1,33
1.3. Supervisión y entidades de apoyo	0	4,85	0	4,85	1,62
2. COSTOS DIRECTOS	107,06	91,01	38,22	236,3	78,77
2.1. Mejorar la capacidad de diseño e implant.de política y Reestructurar el MSAS	61,27	19,40	0,83	81,5	27,17
2.2 Descentralización servicios	45,79	71,61	37,39	154,68	51,60
3. SIN ASIGNACIÓN ESPECIFICA	15,77	0	0	15,77	5,26
4. COSTOS FINANCIEROS	27,16	3,12	0	30,28	10,09
4.1. Intereses	25,66	0	0	25,66	8,55
4.2. Comisión de crédito	0	3,12	0	3,12	1,04
4.3. F.I.V.	1,50	0	0	1,50	0,50
TOTAL	150,00	104,34	45,66	300,00	100,0

5/ En el Anexo II-1 se presenta los costos directos detallados por componentes.

1. Administración y supervisión (US\$17,65 millones)

- 2.27 Esta categoría representa el 5,98% del costo del Programa, y cubrirá: (i) gastos de administración del Programa, tanto de la Unidad Coordinadora como de las Unidades Estadales (US\$8,8 millones); (ii) asesorías específicas de apoyo al MSAS y a los Estados (US\$4,0 millones); y (iii) supervisión del Programa y costos de los intermediarios de apoyo al Programa (US\$4,85 millones). La supervisión de las actividades de mantenimiento, no se incluye como costo y será realizada por los Coejecutores a través de las Unidades Estadales de los servicios de salud.

2. Costos directos (US\$236,3 millones)

- 2.28 Esta categoría, representa 78,77% del costo total del Programa, comprende los costos directos asociados a las asignaciones e inversiones proyectadas para realizar las acciones indicadas en los dos componentes: (i) mejorar la capacidad de diseño e implantación de política y reestructurar el MSAS (US\$81,5 millones). Esta categoría incluye el costo de las prestaciones sociales por aproximadamente US\$47 millones relacionada con la racionalización de recursos del nivel central del MSAS. Los desembolsos de esta categoría serían financiados anualmente con cargo a los recursos del eventual préstamo y con base a metas anuales presentadas en el Anexo III-3 sección 3; y (ii) descentralización, a través del fideicomiso por US\$154,68 millones. Al costo total directo de las inversiones se consideró un 20% adicional para cubrir incrementos de costos imprevistos durante la ejecución del Programa y posibles cambios en el monto de las prestaciones laborales que se pagarían.

E. Financiamiento del Programa

- 2.29 El Banco contribuirá a financiar la ejecución del Programa con una suma equivalente a US\$150,0 millones, los que serán desembolsados en divisas con cargo al Capital Ordinario y que equivale al 50% del costo total del Programa.
- 2.30 El préstamo del Banco se ajustará a las siguientes condiciones: (i) plazo de amortización: 20 años; (ii) tasa de interés: variable, de acuerdo con la política del Banco sobre tasas de interés; (iii) período de desembolso: 5 años; (iv) período de compromiso 4 años; (v) comisión de compromiso: 0,25% sobre la parte no desembolsada; y (vi) inspección y vigilancia: 1% del monto del préstamo.
- 2.31 El aporte local por el equivalente de US\$150,0 millones, o sea 50% del costo del Programa, será cubierto por asignación presupuestaria del Gobierno al MSAS por aproximadamente US\$104,34 millones y por asignaciones presupuestarias de las gobernaciones de los estados aproximadamente US\$45,66 millones. Las Gobernaciones, además de contribuir al financiamiento de los gastos de administración y supervisión, cubrirán el 25% de los costos de inversión del Programa en su Estado.

III. EJECUCION DEL PROGRAMA

A. Marco institucional

- 3.1 El prestatario será la República de Venezuela y transferirá los recursos del préstamo de manera no reembolsable al organismo ejecutor, así como los de la contrapartida local (excluyendo la contribución de los estados) a través de un convenio que deberá presentarse como condición previa al primer desembolso del eventual préstamo.
- 3.2 La ejecución del Programa estará a cargo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través de una Unidad Coordinadora de Programa (UCP). El MSAS será el responsable del desarrollo e implantación del Programa y actuará como ente rector y promotor para las Gobernaciones de los estados que, a su vez, serán las Coejecutoras de sus proyectos, a través de las Unidades Ejecutoras Estadales (UEP).

1. Marco legal

- 3.3 El sector no cuenta con un marco jurídico apropiado para el funcionamiento de un sector reestructurado. En consecuencia, se necesita la revisión y adecuación de los diferentes instrumentos jurídicos que norman el sector. Para la revisión, se tomarán en cuenta la Ley de Sanidad Nacional, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud vigente, en sus disposiciones transitorias establece un plazo para su vigencia que vence en 1997. El MSAS deberá presentar en el segundo año de ejecución del Programa, un anteproyecto de ley en consonancia con los objetivos del MSAS previstos en el Proyecto de Salud y con los de la Ley de Descentralización, y en donde se especifique, las obligaciones mínimas de los estados descentralizados y se armonice las funciones del MSAS como entidad normativa y fiscalizadora de los servicios descentralizados.
- 3.4 Cabe señalar que la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de competencias del Poder Público regula la transferencia de los servicios de salud a los estados. A través de esta ley se estableció la transferencia de los fondos del presupuesto del MSAS a los estados mediante partidas de transferencias. Estas transferencias de fondos no son condicionadas y el presupuesto anual de un estado se incrementa de acuerdo al porcentaje de aumento del presupuesto nacional.

2. Unidad Coordinadora del Programa (UCP)

- 3.5 La UCP fue creada legalmente y constituida en enero de 1993 y está adscrita al despacho del Ministro y es dirigida por un Coordinador General designado por el Ministro de Sanidad. La UCP tendrá las

siguientes funciones: (i) supervisará y controlará la ejecución del Programa; (ii) administrará el fideicomiso de inversiones de los recursos del Programa durante la ejecución del mismo; (iii) asistirá a las Direcciones Generales del Ministerio en la ejecución de los proyectos del Programa; (iv) revisará y recomendará la aprobación de los planes estatales de Salud conforme a los criterios establecidos en el Reglamento Operativo del Programa; (v) brindará apoyo técnico a los Coejecutores; (vi) preparará y gestionará el presupuesto del Programa velando por la oportuna disponibilidad de los recursos; y (vii) presentará al Banco los informes de seguimiento anual del Programa incluyendo los de las auditorías externas.

- 3.6 Se convino durante el análisis que existirá una sola UCP para la administración conjunta de los programa del Banco y del BIRF. La UCP se organizará en dos áreas de responsabilidad (Gerencia General Técnica y Gerencia General de Programas) y 5 Unidades de Apoyo (Relaciones Institucionales, Asesoría Legal, Información y Documentación, Control de Gestión y Administración). En la UCP se ha estimado trabajarán 32 profesionales, 6 técnicos de apoyo y 5 asistentes administrativos (43 personas). Contará además con apoyo de consultores externos en las áreas de: planificación estratégica, asesoría legal, apoyo a la preparación de planes y proyectos estatales, gestión de imagen y asesorías especializada en sistemas de información. Una vez que se vayan terminando los proyectos, el personal de la UCP se se podría integrar a la planta del Ministerio en funciones relacionadas a las actividades que haya realizado durante la ejecución del programa.

3. Organismos Coejecutores

- 3.7 En los estados que participan en la operación propuesta se establecerán Unidades Ejecutoras del Programa (UEP). Las UEPs estarán constituida entre cuatro a seis profesionales, según la dimensión y complejidad del sistema de salud del estado y, dependerán funcionalmente del Director Regional de Salud del Estado.
- 3.8 La UEP tendrán las siguientes funciones: (i) asistir a la Dirección Regional de Salud en la preparación coordinación y supervisión de la ejecución del Plan Estatal de Salud convenido con la UCP; (ii) contratar la ejecución de los proyectos y servicios de consultorías financiados con los recursos del fideicomiso; (iii) administrar los recursos del Programa en el Estado; (iv) preparar el presupuesto del Programa velando por la oportuna disponibilidad de los recursos del aporte del estado; y (vii) presentar a la UCP los informes de seguimiento convenido en el Reglamento Operativo. Al igual que en la UCP, una vez concluido el Programa del Estado la UEP se disolverá y su personal podría integrarse a la Dirección de Salud de la Gobernación.

B. Mecanismos de ejecución

1. Plan de descentralización

- 3.9 El MSAS tendrá la responsabilidad de ejecutar con el apoyo de un equipo técnico, un plan tendiente a: (i) descentralización gradual de los sistemas de salud; y (ii) redefinición de las responsabilidades administrativas y financieras del MSAS y los estados incluyendo el diseño del sistema de control de gestión mediante el cual el Ministerio asignará los recursos nacionales; y (iii) desarrollo de un plan de capacitación con base a los proyectos diseñados de fortalecimiento institucional. En los documentos del eventual financiamiento, se incluirá la obligación que, previo al primer desembolso del Banco, el MSAS presentará el plan acordado con el Banco y mostrará la evidencia de que se ha designado el equipo técnico que trabajará a tiempo completo para apoyar las acciones de la descentralización.

2. Reglamento operativo

- 3.10 Establecerá los términos y condiciones que regirán el acceso a los recursos del Programa, conteniendo entre otros, criterios de elegibilidad, análisis de proyectos, condiciones de financiamiento, mecanismos de ejecución, mecanismos de contratación de obras, adquisición de bienes y servicios, y requerimientos de operación y mantenimiento. Adicionalmente, serán parte integral del Reglamento la Guía de preparación de los planes estatales y las normas de ejecución del Programa en sus aspectos operativos. Cabe señalar que en los archivos técnicos del Banco se encuentra un borrador del Reglamento. La presentación, aprobación por el Banco y puesta en vigencia del Reglamento por el MSAS será condición previa al primer desembolso.
- 3.11 Los estados deberán formular y presentar al MSAS su Plan Estatal, el cual incluirá: (i) una propuesta de organización y financiamiento del sector, incluyendo medidas para la racionalización de recursos a ser transferidos para la determinación de necesidades de inversiones, los estados deberán tomar en cuenta el proceso de descentralización del IVSS que permitirá racionalizar la administración de los servicios por parte del estado. De igual forma, se deberá tener en cuenta la participación del sector privado en el dimensionamiento de la oferta total de servicios de salud; (ii) actividades de fortalecimiento institucional de la estructura propuesta para el sector incluyendo diseño e implantación de sistemas gerenciales, así como la capacitación del cuerpo gerencial a nivel de la administración estatal, y de los establecimientos de salud, tanto hospitalarios como ambulatorios; (iii) un plan priorizado de inversiones relacionadas a las necesidades identificadas en reparación, sustitución y ampliación, incluyendo el equipamiento de los mismos, para la optimización y desarrollo de la red funcional de servicios en el Estado; y (iv) propuesta de la organización de la UEP. En el Anexo III-1, se detalla la estructura de los planes estatales de salud, los cuales

incluyen metas para medir el impacto de los planes estatales en los principales indicadores de salud.

a. Criterios para utilizar recursos del Programa

- 3.12 Estos criterios establecen las condiciones para que un proyecto pueda recibir financiamiento del Programa. Los planes estatales deberán contener los proyectos específicos de inversión priorizados de acuerdo con los criterios e indicadores contenidos en la Guía de preparación de planes estatales y que estén focalizados mayormente a los grupos de bajos ingresos, y demuestren que: (i) mejoran el acceso de la población de bajos ingresos a los servicios de salud; (ii) incrementan la eficiencia en el funcionamiento de la red de servicios; (iii) su dimensionamiento y costos se ajustan a las demandas efectivas; y (iv) cuentan con financiamiento apropiado para su operación y mantenimiento.
- 3.13 Otras de las condiciones serán: (i) los estados financiarán hasta el 25% del costo total de los proyectos, incluyendo en el mismo el costo de los estudios, diseños finales y gastos de ingeniería y administración durante el período de ejecución; (ii) no serán computables en el costo de los proyectos los gastos de adquisición de terrenos y eventuales gastos financieros durante la ejecución; y (iii) las asignaciones a un solo Coejecutor, no podrán superar el 30% de los recursos totales del Programa durante los tres primeros años. En años subsiguientes se levantará este límite, según el nivel de preparación y ejecución de las inversiones.

3. Aspectos operativos

- 3.14 Para la administración de los recursos del Programa, se creará un fideicomiso cuya constitución será condición previa al primer desembolso del eventual préstamo.
- 3.15 El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), asistirá al Ministerio en la contratación de la asistencia técnica, las consultorías y la adquisición de equipamiento que se contrate o se adquiera principalmente del exterior. En tanto la administración del subcomponente de capacitación en gestión del Sector Salud y el de Reconversión Laboral, será licitado por el MSAS. La administración del subcomponente de reestructuración relacionado a la racionalización de recursos se hará a través del Fondo de Inversiones de Venezuela (FIV), organismo que igualmente apoyará técnicamente a la MSAS en la ejecución de dicho subcomponente.
- 3.16 El Gobierno ha solicitado la contratación directa del PNUD, con base a un convenio de administración, el cual deberá presentarse como condición previa al primer desembolso. La solicitud de colaboración del PNUD en el programa es parte de una decisión de las autoridades de poder agilizar el proceso de compras y de contratación, darle transparencia a las operaciones, operar con facilidad los recursos en moneda extranjera del programa y aprovechar la experiencia exitosa que ha tenido en Venezuela la

participación del PNUD en otros Programas financiados con préstamos proveniente de organismos multilaterales.

- 3.17 El equipo de proyecto recomienda que se acepte la participación del PNUD desde el inicio de la ejecución del programa, dado que sumado a las razones precedentemente expuesta, el Ministerio no cuenta con la capacidad de brindar los servicios que se le solicitará a la referida agencia y tampoco se justifica que la UCP establezca todo un mecanismo y un equipo para una actividad que será transitoria.
- 3.18 El MSAS abrirá una cuenta especial en en el Banco Central de Venezuela para canalizar los recursos del eventual préstamo y solicitará el traspaso de los fondos, según corresponda, al fideicomiso, PNUD y FIV. Igual solicitud hará al Ministerio de Hacienda por los aportes locales. Tanto la UCP como las UEPs deberán llevar la contabilidad conforme a principios contables de aceptación general y lo dispuesto en las leyes que la afectan, también llevarán registros presupuestarios por categoría de gasto del proyecto, y estarán sujeta a las auditorías de la UCP y a los de una firma externa.

C. Ejecución de la reestructuración del MSAS y reconversión laboral

- 3.19 Los cambios que ocurrirán en el MSAS, en relación con: (i) delegación y transferencia de la prestación de los servicios; (ii) ajustes que provendrán de las recomendaciones de los estudios de reestructuración; y (iii) transferencia de responsabilidades a los Estados, por el proceso de descentralización, hacen necesario el diseño de planes de reestructuración y reconversión laboral en el MSAS. De acuerdo con lo anterior, se incluirá una condición por la cual el Prestatario, a través del MSAS, presente antes del primer desembolso de este componente, los planes de reestructuración y reconversión del MSAS, acordados con el Banco incluyendo la estructura de transición de cargos del Ministerio y organismos adscritos y evidencia de haber constituido el equipo técnico que trabajará de tiempo completo para apoyar las acciones indicadas en dichos planes. Los planes deberán quedar implantados durante la ejecución del Programa y sus avances serán verificados en las reuniones anuales de supervisión.
- 3.20 La reestructuración del MSAS, se realizará en etapas: una etapa de transición en el primer año de ejecución para llegar a una estructura nueva a partir del segundo año, cuya consolidación se hará con el Programa. Cabe señalar que la primera etapa se encuentra en ejecución dado que la estructura transitoria cuenta con la aprobación de las autoridades para su implantación en 1995. El Programa también propone financiar el pago de la racionalización de la estructura del MSAS (prestaciones sociales asociados a la reducción de personal), con base al cumplimiento de metas de racionalización de recursos que estarán establecidas en el plan de reestructuración (ver Anexo III-3).

- 3.21 La racionalización de la estructura del MSAS exige de un plan de reconversión del personal que se retira de la institución. Dicho plan prevé el apoyo en la búsqueda de empleo y asistencia financiera que se le pagará al personal que se retira. Los desembolsos de este componente también se harán con base al avance de implantación, el cual se verificará en las reuniones anuales de supervisión.

D. Ejecución de los proyectos de inversión

- 3.22 Los procedimientos de adquisiciones que regirán la contratación de obras y adquisiciones de bienes, para apoyar la ejecución de las acciones indicadas en los proyectos serán las del Banco. El Equipo de Proyecto concluyó que, dado el tamaño de la mayoría de las obras cuyo costo oscila entre US\$50.000 y US\$2,0 millones, no se justifica realizar precalificación de empresas constructoras a excepción de los proyectos más complejos, (hospitales categoría III y IV) cuyo costo es superior a los US\$3,0 millones, para los que se requerirá precalificación de firmas constructoras. En efecto, en general las obras a ejecutar son sencillas, no revisten complejidad, ni requieren de equipos o técnicas sofisticadas. Las licitaciones para obras civiles, en la medida de lo posible, serán agrupadas en paquetes conformados por varios proyectos localizados en un mismo estado, para obtener mejores ofertas económicas.
- 3.23 Una vez declarados elegibles, los proyectos podrán ser iniciados con recursos de los Coejecutores y los gastos podrán ser reconocidos como aportes al Programa, siempre que se hubiesen seguido los procedimientos establecidos en el Reglamento. Los proyectos aprobados en los planes estatales, cuyo monto sea inferior a US\$50.000, no deberán ser remitidos a la UCP para su consideración y evaluación. Para este tipo de proyectos, la UCP revisará anualmente, una muestra representativa seleccionada aleatoriamente.
- 3.24 La supervisión técnica y el control de la calidad de las obras del Programa será ejercida por MSAS y los respectivos estados, mediante la contratación de consultores o con su propio personal técnico según el tamaño de la obra proyectada. A fin de hacer más eficientes las tareas de supervisión, las UEPs, contratarán además los servicios profesionales de técnicos y/o firmas consultoras para realizar la inspección y medición de avance de las obras.
- 3.25 Las adquisiciones de bienes y servicios relacionados y la contrataciones de obras de construcción se llevarán a cabo conforme a los procedimientos estipulados en el Anexo B del contrato de préstamo. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$350.000 para bienes y servicios relacionados y US\$3.000.000 para obras de construcción. Estos límites se justifican en base a la experiencia de que las firmas extranjeras solo se interesan en operaciones cuando exceden esos montos. Las licitaciones por debajo de los límites mencionados se harán en base a la legislación nacional que estipula

licitación pública para adquisiciones cuyo valor exceda el equivalente de US\$500.000 para obras y US\$150.000 para bienes y licitación privada para montos inferiores. 6/

- 3.26 Buscando dar una mayor agilidad al proceso de contratación y de servicios de consultoría, a cargo de expertos individuales, y con la necesidad que tiene el Programa de contratar asesores para apoyar las labores de fortalecimiento institucional a nivel de los coejecutores en cada estado, se recomendó simplificar los trámites previos ante el Banco para la contrataciones de expertos individuales, en montos inferiores al equivalente de US\$20.000. Para ello se recomienda que estas contrataciones se puedan realizar sin los trámites previos exigidos (presentación previa de términos de referencia, nombre y curriculum vitae, y modelo de contrato); en cambio, el Banco hará una revisión ex-post de los procedimientos empleados en cada caso de contratación y selección de expertos para verificar que se han efectuado de conformidad con los procedimientos acordados; en caso contrario, no se aceptará la contratación efectuada. Cabe señalar que este procedimiento no requiere una excepción a las políticas vigentes del Banco en la materia.

E. Supervisión del Programa

- 3.27 La supervisión del Programa será efectuada por la Oficina de País, con el apoyo del Equipo de Proyecto. Como parte de la misma, se efectuarán revisiones anuales conjuntas entre el MSAS y el Banco a partir de los 12 meses iniciado el Programa. Estas reuniones se llevarán a cabo a más tardar el 28 de febrero de cada año y se analizarán, entre otros temas, los resultados obtenidos en la ejecución del Programa, incluyendo: (i) avances en la implantación de los planes de reestructuración y reconversión laboral del MSAS; (ii) progreso en la implantación del esquema de racionalización de recursos del MSAS; (iii) el desarrollo de la instrumentación de las recomendaciones de los estudios relacionados al fortalecimiento y modernización del MSAS; (iv) el grado de avance del reordenamiento y modernización de los órganos adscritos al MSAS; (v) el grado de avance en la implantación del plan de mejoras en el diseño y ejecución de políticas del sector y en la elaboración de un nuevo proyecto de Ley Orgánica de Salud; y (vi) evaluación de la implantación de los planes estatales de salud y cumplimiento de los indicadores de seguimiento.
- 3.28 Para efectos de comprobar el avance del Programa y para las reuniones anuales se han elaborado indicadores de los diferentes componentes, los cuales establecen metas anuales a cumplir. Se permitirá continuar el compromiso de recursos y la ejecución de cada componente si las metas establecidas son razonablemente cumplidas anualmente. Los indicadores antes referidos se encuentran en el Anexo III-3.

6/ En el Anexo III-2 se presenta el Plan de Adquisiciones.

- 3.29 Dentro de los 15 días anteriores a la celebración de las reuniones de supervisión, el MSAS deberá presentar al Banco los informes necesarios para el desarrollo de las mismas sobre la base de los temas señalados anteriormente.
- 3.30 El Banco mantendrá un seguimiento estricto sobre el cumplimiento de los temas antes mencionados. En el caso de no encontrarse satisfactorio en las reuniones anuales antes mencionadas, el estado de ejecución de los mismos, el Prestatario por intermedio del organismo ejecutor, deberá presentar dentro de los 60 días siguientes a aquel en que el Banco manifieste sus reparos, las medidas correctivas que implantará y el cronograma para la ejecución de las mismas. Si las medidas correctivas a que hace referencia anteriormente no fueran satisfactorias, el Banco podrá adoptar las acciones que juzgue apropiadas de acuerdo con las disposiciones del contrato de préstamo.

F. Período de ejecución y calendario de inversiones

- 3.31 El período de ejecución y desembolsos del Programa se ha estimado en cinco años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo. Este período comprende los plazos necesarios para el cumplimiento de condiciones previas al primer desembolso, convocatoria de licitaciones, contrataciones, ejecución de obras y liquidación de los contratos. El calendario de inversiones del Programa fue preparado con base a una secuencia adecuada de estudios e inversiones.
- 3.32 Las inversiones propuestas son en una gran mayoría obras de pequeña y mediana envergadura, cuyo plazo de ejecución es inferior a 12 meses, con excepción de los hospitales de mayor complejidad, (categorías III y IV) que requieren estar contratados al finalizar el tercer año de la vigencia del contrato de préstamo.

CALENDARIO DE INVERSIONES (equivalente en millones de US\$)															
CATEGORÍAS DE GASTOS	AÑO 1			AÑO 2			AÑO 3			AÑO 4			AÑO 5		
	BID	EST	MSAS	BID	EST	MSAS	BID	EST	MSAS	BID	EST	MSAS	BID	EST	MSAS
Adminis. y Supervis.	0	1,5	2,0	0	1,5	2,0	0	1,5	2,0	0	1,5	2,0	0	1,5	2,0
Costos Directos	14,7	1,1	5,3	16,3	1,1	4,5	23,5	12,0	28,0	23,1	12,0	26,6	24,2	12,0	26,6
Sin asig. espec.	2,5	0	0	3,8	0	0	4,7	0	0	4,7	0	0	5,3	0	0
Costos Financieros	1,5	0	1,0	3,0	0	0,8	5,2	0	0,6	7,5	0	0,4	10,0	0	0,4
TOTAL	18,7	2,6	8,3	23,1	2,6	7,3	33,4	13,5	30,6	35,3	13,5	29,0	39,5	13,5	29,0

- 3.33 Cabe señalar que el esquema de desembolsos presentado obedece a que las actividades en los dos primeros años están concentradas en la reestructuración del MSAS, la cual será financiada principalmente

con los recursos del eventual préstamo. En adición, el Programa contempla que los estados en los dos primeros años usarán los recursos de descentralización principalmente en actividades de preinversión, organización de su sistema estatal de salud, capacitación, asistencia técnica y compras de equipos para la gestión. La mayoría de las inversiones se llevarían a cabo a partir del tercer año de ejecución.

G. Reconocimiento de gastos

- 3.34 El Gobierno, ha solicitado al Banco el reconocimiento de una serie de gastos efectuados que ascienden a US\$5,7 millones. A tal efecto se estimó un reembolso de gastos con cargo al préstamo del Banco, hasta por un monto equivalente de US\$3,5 millones, que fueron incurridos dentro de 12 meses anteriores a la fecha de aprobación y un reconocimiento de gastos con cargo al aporte local hasta por un monto de US\$2,2 millones, incurridos con 18 meses de antelación a dicha fecha. Se recomienda que el Banco reconozca, con cargo a los recursos del préstamo y del aporte local, las sumas indicadas sujeto a comprobar que se haya cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los que se establezcan en el contrato de préstamo.

H. Anticipo de fondos

- 3.35 Dadas las características del Programa, su amplia cobertura y dispersión geográfica, su gran número de Coejecutores y diversidad de proyectos que se prevé financiar con recursos del Programa, se recomienda la constitución de un anticipo de fondos equivalente al 10% del monto del eventual préstamo, a fin de atender en forma oportuna los requerimientos de fondos.

I. Mantenimiento de las obras y equipos

- 3.36 Las obras y equipos incluidos en los planes estatales, que se financien con recursos del Programa deberán contener un plan de operación y mantenimiento de los servicios a partir de su transferencia y/o puesta en servicio, en el que se detallen las operaciones de mantenimiento y establezcan las responsabilidades institucionales y financieras relacionadas con su ejecución y los montos asignados a partir del año en el cual dicho plan será ejecutado.
- 3.37 En los establecimientos públicos de salud, los costos de operación y mantenimiento, incluyendo costos de personal, serán íntegramente asumidos por los Coejecutores, a partir de la vigencia de los Convenios, que regulan la participación de éstos en el Programa en su calidad de Coejecutores. Después de concluido el Programa, el Prestatario se comprometerá a que los servicios de salud y sus elementos e instalaciones complementarias se mantengan de acuerdo con normas técnicas aceptadas. La condición indicará la obligación de presentar, a consideración del Banco, una evaluación del estado de mantenimiento de dichos sistemas.

J. Terrenos y servidumbres

- 3.38 En el Reglamento, se exige el cumplimiento de la condición de propiedad y saneamiento legal de los terrenos y servidumbres donde se realicen las obras. En las obras identificadas, no se prevé dificultades en lo que se refiere a la propiedad de los terrenos en los cuales se realizarán las construcciones.

K. Auditoría externa del Programa

- 3.39 A partir del primer año y durante el período de ejecución, los estados financieros del Programa deberán ser presentados por el MSAS al Banco, dictaminados por una firma de contadores públicos independiente, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Banco.

L. Impacto ambiental

- 3.40 El Programa fue clasificado en la Categoría II por el Comité del Medio Ambiente (CMA), en fecha 16 de marzo de 1992. El Programa tendrá impacto favorable en el medio ambiente incluyendo el manejo de derechos sólidos. El Reglamento Operativo incluirá un anexo sobre evaluación del impacto ambiental, describiendo los métodos para identificar, evaluar y proponer medidas de mitigación para los efectos más comunes. Los términos de referencia para la preparación de los diseños finales de ingeniería de las mejoras de infraestructura propuestas exigen la revisión de las condiciones ambientales de las instalaciones existentes y los planos definitivos comprenden acciones específicas para cumplir los estándares vigentes y propuestos. Se ha recomendado incluir los mecanismos de control de contaminación para solucionar los problemas actuales de la operación inadecuada de los hospitales y ambulatorios. Asimismo, se requiere una evaluación ambiental para todas las iniciativas de obras nuevas, con indicación de consecuencias ambientales y proposición de acciones que eliminen o reduzcan su impacto negativo, conforme con niveles internacionalmente aceptados y los exigidos por el Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARN).

M. Desastres naturales

- 3.41 El territorio de Venezuela ocasionalmente está sujeto a movimientos telúricos, lluvias torrenciales e inundaciones. El Programa incluye la rehabilitación y sustitución de edificaciones existentes, las que en su diseño y construcción original, incluyeron especificaciones razonables para evitar o controlar derrumbes y lograr el mínimo daño por inundaciones u otros fenómenos naturales que puedan afectar seriamente la estabilidad de las obras.

N. Evaluación a posteriori

- 3.42 La evaluación a posteriori estará orientada a examinar el impacto del Programa en: (i) mejorar la equidad del sistema de salud; y (ii) las mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios para mejorar el nivel de salud de la población objetiva. El Prestatario acordó en obtener la información necesaria para efectuar una evaluación a posteriori con base en la información específica dado que el seguimiento del Programa y el grado con el cual se cumplen sus objetivos será hecho en forma continua. El MSAS estará a cargo de evaluar sistemáticamente el Programa, así como la elaboración de los respectivos informes que se analizarán en las reuniones de monitoreo y seguimiento.
- 3.43 La evaluación se realizará con énfasis en resultados respecto a: (i) compromisos con base a indicadores de cobertura, accesibilidad y equidad, e indicadores sobre el estado de salud de la población; (ii) compromisos económicos y financieros, con base a indicadores sobre crecimiento, asignación relativa entre los diferentes tipos de servicios, eficiencia en la aplicación de los recursos asignados, productividad de los servicios, indicadores de costos de atención y financiamiento de servicios; y (iii) compromisos institucionales con base a la organización de los servicios, implantación de nuevos sistemas de gerencia y financiamiento, con especial consideración en los efectos de las actividades de fortalecimiento institucional.
- 3.44 El Ejecutor realizaría la compilación de datos para una evaluación a posteriori de los resultados del Programa, de acuerdo con la metodología y sistemas de compilación de datos acordados con el Banco dentro de los 12 meses de vigencia del contrato. Estos datos compilados serán remitidos en las evaluaciones anuales, a partir del segundo año de ejecución del programa, y anualmente hasta su terminación. El informe final de evaluación se efectuaría a los dos años después de la fecha del último desembolso y sería financiado por el Banco.

IV. VIABILIDAD, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROGRAMA

A. Viabilidad Institucional y Financiera

1. Análisis financiero del Programa

a. Gastos en el sector y su financiamiento

- 4.1 Durante la década de los ochenta, el gasto público consolidado en Salud se redujo drásticamente: entre 1985 y 1988, cayó de US\$102 anuales por habitante a US\$55. En el período 1989-1994, el gasto comenzó a crecer y representó en promedio US\$75,7 por habitante y un 2,5% del PIB, con un máximo de 2,8% en 1991 y un mínimo de 2,2% en 1990. En términos reales el gasto aumentó en un 6,8% entre 1989 y 1994 no obstante ello el gasto por habitante y como porcentaje del PIB resulta ser inferior al observado en 1989. En el cuadro adjunto se muestra el comportamiento para el período comentado:

ESTIMACION GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN SALUD EN M\$US\$ DE 1993						
INSTITUCIONES	1989	1990	1991	1992	1993	1994(E)
MSAS (Gasto Neto)(1)	541	471	630	678	585	571
Organismos Adscritos al MSAS	299	258	393	399	404	299
Total Gasto Asig. MSAS	840	729	1.023	1.077	989	870
Institutos Púb. Autónomos	359	351	387	333	289	429
Otros Ministerios	27	22	40	60	53	40
Entidades Federales	188	250	264	198	178	171
Total GCSsp real	1.413	1.351	1.714	1.668	1.508	1.509
GCSsp como % del PIB	2.5%	2.2%	2.8%	2.6%	2.5%	2.3%
Gasto US\$ por habitante	73	70	86	82	72	71

GCSsp = Gasto Consolidado en Salud del Sector Público

(1) corresponde a lo que ejecuta directamente el MSAS

- 4.2 Como se puede apreciar, en 1993 el gasto público en salud fue ejecutado a través de: Ministerio (39%); organismos públicos que reciben aportaciones del MSAS (27%); institutos autónomos de previsión (19%), específicamente IVSS e IPASME, otros ministerios (3%) y las Gobernaciones (12%).
- 4.3 En el período 1989-1994 el gasto del MSAS, incluyendo los organismos representó un promedio 6,6% del presupuesto total del Gobierno, un promedio del 1,53% del PIB y el 60,3% del gasto consolidado en salud del sector público. De los gastos de funcionamiento del MSAS, un 78% se destinó a remuneraciones, un

17,8% para materiales, reparaciones y similares y un 4,2% para inversiones.

b. Gastos en Salud de los Estados

- 4.4 Entre 1989 y 1993, las entidades federales destinaron al sector salud un monto promedio equivalente al 9,84% de sus presupuestos totales (US\$11,5 por habitante/año), representando un 10% en promedio de los gastos del sector público en salud, con un máximo de 13,1% en 1990 y un mínimo de 7,9% en 1992.
- 4.5 Actualmente, los estados concurren al financiamiento de las unidades de atención médica localizadas en su territorio, cubriendo necesidades inmediatas y complementando el financiamiento de servicios no atendidos por el nivel central; en ciertos casos, los gobiernos estatales han establecido servicios de atención primaria dependientes de las mismas gobernaciones o de los municipios.

c. Pasivos laborales del sector 7/

- 4.6 El Programa apoya la transferencia de competencias de los servicios a los estados, la que conlleva el traspaso del personal, que conforme a la legislación laboral venezolana, implica la transferencia de recursos del Gobierno Central a los estados para atender los pasivos relacionados a las prestaciones sociales del personal transferido. Para los efectos la gobernación abrió un fondo de fideicomiso a nombre de cada empleado. En adición la reestructuración del MSAS requiere una racionalización de recursos con los pagos respectivos de prestaciones sociales.
- 4.7 Los pasivos relacionados a las prestaciones sociales comprenden un mes del último sueldo o salario del trabajador por cada año de antigüedad o fracción superior a seis meses más los intereses devengados sobre los saldos acumulados tanto de prestaciones sociales simples, como de los intereses devengados hasta el período inmediato anterior al año en que se calculan. Los obreros comenzaron a percibir intereses sobre las prestaciones a partir de 1975, en tanto que los empleados sólo a partir de 1991. Los intereses representan aproximadamente el 64% del total de los pasivos laborales.
- 4.8 Tanto durante el análisis del Programa como con posterioridad, conjuntamente con el Ministerio, se ha calculado el monto de las prestaciones sociales se han analizado las distintas fuentes de recursos capaces de sostener el proceso de transferencia.
- 4.9 Los cálculos examinados con el MSAS indicaban que las prestaciones sociales asociadas a la descentralización total del sector ascendían aproximadamente a US\$915,0 millones. De este monto, el

7/ Ver Anexo IV-1 una descripción del sistema de prestaciones laborales.

pasivo relacionado a las prestaciones sociales por la descentralización de 7 estados (transferencia de 34.043 empleados) representaban el equivalente de US\$279 millones. Por otro lado, se ha estimado que el pago de las prestaciones sociales asociado a la reestructuración del MSAS es el equivalente a US\$47 millones.

2. Viabilidad Financiera

- 4.10 La factibilidad financiera del Programa se analizó considerando: (i) la capacidad del Gobierno central para servir la deuda, disponer de los recursos de contrapartida local, financiar la adecuación del personal del nivel central del MSAS y de capitalizar los pasivos acumulados relacionados a las prestaciones sociales del personal transferido a los estados; y (ii) la capacidad de los estados para efectuar los aportes al Programa, solventar los gastos de operación de los servicios transferidos y asignar financiamientos adicionales con cargo al presupuesto estatal.
- 4.11 Durante el análisis del Programa se examinaron el gasto histórico del sector y las proyecciones fiscales para los próximos años. Este análisis consideró los efectos de la devaluación de la moneda, las variaciones del precio del petróleo, los recursos provenientes de privatización y los ajustes al presupuesto público, la reformas impositiva, la ampliación de la base contributiva, y demás medidas que ha tomado el nuevo Gobierno para enfrentar la crisis económica y financiera. Las proyecciones fiscales para 1995-99, indican que se contaría con la sostenibilidad a mediano y largo plazo del Programa, disponiendo oportunamente de los aportes locales.
- 4.12 La reestructuración del nivel central del MSAS implicará ahorros en remuneraciones por una cifra superior a los US\$30 millones para el período de ejecución del Programa y a partir del sexto año, ahorros netos por aproximadamente US\$7 millones anuales.
- 4.13 Los Planes Estadales conforme a lo dispuesto en el Reglamento Operativo del Programa, deberán contemplar la estimación y la fuente de financiamiento de los costos recurrentes. Las proyecciones financieras de los ingresos de los estados, incluyendo los recursos que traspasaría el MSAS, y la voluntad expresa de los gobernadores de asignar más presupuesto a salud, permitirá cubrir los gastos incrementales que surjan de los proyectos estadales. A nivel del ministerio central el programa no contempla gastos recurrente significativos.
- 4.14 La transferencia de personal a los estados implica por parte del gobierno central capitalizar el pasivo relacionado a las correspondientes prestaciones sociales en un período de cuatro años, a cada estado que se descentralice. Se prevé que la transferencia de personal a siete estados implique capitalización por un total estimado de US\$279,0 millones. La capitalización de estos pasivos se efectuará en cuatro cuotas anuales, la primera de este monto y las tres últimas del 20% cada una. De acuerdo a los análisis efectuados de las posibles fuentes de recursos, estos

montos son factibles de pagar en el mediano plazo. Las fuentes de recursos que se visualizan son; los provenientes del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) 8/, los derivados de ahorros del presupuestos del MSAS y de los organismos adscritos, de los fondos de las Leyes Paraguas que se están destinando para la descentralización de los estados y municipios, y los originados por la privatizaciones de empresas públicas.

- 4.15 El aporte local promedio por estado al Programa es de US\$7,2 millones a una razón de US\$2,5 millones por año, los cuales, de acuerdo a los presupuestos históricos de los estados examinados y a las proyecciones que se han realizados, son financiables con los recursos estatales.
- 4.16 El gasto público en salud esperado como resultado de las reformas encaradas se ubicaría en el quinto año del Programa en US\$1.889 millones, lo cual significa US\$80 per cápita para la población esperada (US\$71 para 1994). Esto representa un incremento real en término absoluto sobre 1994 del 32% aproximadamente. Este nivel de recursos se financiaría con fondos del gobierno central en un 80% y fondos propios de los estados en un 20%, comparado con el 89% y 11% en 1994.
- 4.17 El aumento del gasto de los estados es compatible con las recientes modificaciones al sistema tributario, las cuales originan incrementos importantes en el monto del situado constitucional.
- 4.18 A su vez se estima que para el período comentado, el gasto del sector privado aumente en términos reales en un 42,7% pasando de esta forma a un gasto consolidado per cápita de US\$81 para 1994 a US\$92 para 1999.

3. Viabilidad técnica e institucional

- 4.19 La viabilidad técnica e institucional para la ejecución del Programa descansa en: (i) los mecanismos de ejecución diseñados; (ii) la nueva estructura funcional del Ministerio y las propuestas de organización institucional de los estados; y (iii) el consenso político y la voluntad para ejecutar los cambios requeridos para alcanzar los objetivos del Programa.
- 4.20 Las acciones de ámbito nacional, en su alcance, contenido y requerimientos, reflejan una buena calidad técnica y son realistas en el contexto de los recursos técnicos, materiales y financieros disponibles; al igual que las intervenciones propuestas de reorganización, fortalecimiento institucional y capacitación a nivel de los estados.

8/ Este fondo se conformaría con un porcentaje entre el 15 al 30% de lo recaudado del IGV y podría destinar hasta el 20% de sus recursos al pago de pasivo relacionado a las prestaciones sociales de los estados que se descentralicen.

- 4.21 Constituyen mecanismos de ejecución adecuados: (i) la creación de la UCP adscrita al despacho del Ministro; (ii) la concepción de las UEPs dependientes de las Direcciones Generales de Salud Estatal, en los estados participantes; (iii) la participación del PNUD y Fideicomisos Bancarios en la ejecución de los recursos financieros del Programa; (iv) la contratación vía licitación de la administración de los componentes de capacitación y de reconversión de personal; y (v) el Reglamento Operativo que establezca las condiciones, normas y procedimientos para la aprobación de los planes anuales de inversión en el marco de los Planes Estadales de Salud.
- 4.22 Durante el análisis se examinaron y definieron las responsabilidades operativas y técnicas en cada uno de los niveles de ejecución del Programa, la organización de la UCP y las UEPs, la participación del ente administrador y las condiciones del convenio respectivo y, el proceso general de la administración financiera de los recursos del programa. La capacidad de la UCP para la ejecución del Programa del Banco se ha reforzado con la experiencia adquirida en la preparación de los proyectos de ambos Bancos (BIRF y BID) y las consultorías previstas en el Programa. En menor escala, similar situación ha sucedido con los equipos técnicos de los estados.
- 4.23 Los diagnósticos de la capacidad operativa-técnico, institucional y administrativa de cuatro estados, permitieron identificar las necesidades de fortalecimiento institucional y operativo en distintas áreas y diseñar las actividades necesarias para el montaje de la nueva organización estatal. Estas propuestas de organización y fortalecimiento institucional son coherentes con los principios que rigen el proceso de la descentralización, así como con los criterios acordados para la asistencia técnica y capacitación pertinente. La transferencia de las responsabilidades de operación y mantenimiento a los estados se realizará con base a las previsiones que se acuerden en los Convenios de Descentralización y formarán parte del Plan Estatal de Salud.
- 4.24 La propuesta de reestructuración del Ministerio, es acorde con la conceptualización de su nuevo rol rector, de una estructura más ágil y eficiente y de la transferencia de funciones a los estados.
- 4.25 Todos estos elementos constituyen un marco institucional y político que viabiliza la ejecución del Programa.

B. Evaluación socioeconómica

- 4.26 La evaluación económica busca medir el impacto del Programa sobre: (i) mejoras en la calidad de salud de la población objetivo del Programa; (ii) aumento en la eficiencia en las prestaciones de los servicios; y (iii) aumento en la equidad, medido en términos del nivel de la población de bajos ingresos cubierta.

1. Mejoras en la calidad de la salud

- 4.27 El beneficio en las condiciones de salud se constatará al medir la mejoría en el nivel de ciertos indicadores, que serán objeto de monitoreo, especialmente en los estados coejecutores, aún cuando se espera impactos positivos en otros indicadores interrelacionados. Los indicadores sujetos a monitoreo serían: (a) aquellos asociados a un mejoramiento de la mortalidad infantil especialmente a través de la erradicación del sarampión, tétano neonatal y difteria: (i) mantener la cobertura de vacunación contra el polio en un 90%; (ii) lograr una cobertura de vacunación contra el sarampión en un 90%; (iii) lograr una cobertura de vacunación triple completa (3 dosis) en un 80%; (iv) incrementar en un 20% la consulta del niño sano; (v) lograr una cobertura de un 75% de la entrega de sales de rehidratación oral para el tratamiento de las diarreas, y; (vi) incrementar en un 10% la atención al parto institucionalizado; (b) Aquellos asociados a un mejoramiento de las tasas de mortalidad materna, especialmente a través de: (i) incrementar en un 15% la consulta de control prenatal y (ii) incrementar en un 10% la atención al parto institucionalizado; (c) mejorar la conducta de la población sobre problemas de diarreas, desnutrición, hipertensión arterial, accidentes, inmunizaciones, control del embarazo y lactancia materna; en algunos de los casos antes señalados, este indicador podría ser medido por un aumento promedio del 10% de las consultas relacionadas a nivel nacional. Estos indicadores y metas podrían ser modificados o ampliados durante el monitoreo al momento de las reuniones anuales o reemplazados por otros de mayor efectividad si así lo determinaran los estudios dearrolados en el sistema de información.
- 4.28 Las mejoras en la calidad de la salud en cada estado, se sustentan en las metas, objetivos y acciones previstos en los Planes Estadales de Salud. Dentro de cada Plan, se incluye un: plan de acciones de salud; plan de capacitación y recursos humanos; la reforma y fortalecimiento institucional; y el plan de inversiones. En todos los casos, estos cuatro elementos se han preparado sobre la base de un análisis de la demanda, el análisis de la oferta global disponible para atender la demanda insatisfecha, así como un análisis de alternativas para determinar la solución de mínimo costo en cada caso. También se realiza un análisis de los costos de producción actuales y proyectados del sistema de salud estatal, incluyendo el impacto de las reformas propuestas.

2. Mejoras por aumento de la eficiencia

- 4.29 Otro beneficio del Programa serán los ahorros por aumento de la eficiencia originados en: (i) la prestación de los servicios, que surgen de comparar los costos con y sin Programa en los Estados seleccionados; y (ii) la reducción de costos como consecuencia de la reestructuración de MSAS. Se ha estimado que el ahorro originado en el aumento de eficiencia de los servicios, en promedio, medido por el ahorro en los gastos totales con Programa

serían de aproximadamente un 10% respecto a la alternativa sin Programa.

- 4.30 En tanto, el beneficio social de la propuesta de reestructuración del MSAS esta dado por el ahorro esperado (costo de la nueva estructura versus la estructura actual) que tendrá la comunidad en su conjunto por el menor gasto de administración en que incurriría el MSAS, para cumplir con sus funciones normativas y reguladoras. El flujo de costos descontados permitiría un ahorro neto del 7,4% aproximadamente. Dicho valor resulta muy conservador ya que solo considera los ahorros de salarios, no se computaron en el cálculo otros ahorros como espacio de oficinas y gastos de funcionamiento.

3. Impacto sobre bajos ingresos

- 4.31 El 44,4% de la población se ubica por debajo de la línea de bajos ingresos del Banco (7.952.000 personas). Se estimó que la población por debajo de la línea de bajos ingresos definida por el Banco que utiliza los servicios de salud pública, asciende a 52%, para todo el país. El porcentaje de la población de bajos ingresos que se beneficiaría con el presente Programa asciende a 55%, por lo tanto se cumple con el segundo criterio de la Octava Reposición, relacionado a la reducción de la pobreza que estipula que el porcentaje de población beneficiaria del Programa debe ser superior al promedio de bajos ingresos nacional.
- 4.32 Sin embargo, esta metodología tiende a subestimar el impacto final, ya que no se ha ponderado, la reasignación presupuestaria a nivel nacional y regional orientada principalmente a los programas de mayor incidencia en poblaciones de bajos ingresos, lo que mejoraría el porcentaje señalado anteriormente. Este aspecto será monitoreado durante la ejecución del Programa para medir la mejora en la cobertura al finalizar el mismo.

C. Impacto en la mujer

- 4.33 La salud de la mujer es una preocupación central de este Programa, que establece pautas muy claras para la asignación prioritaria de recursos a la atención maternal, particularmente a las mujeres de bajos ingresos. El reforzamiento previsto del sistema de vigilancia epidemiológica a nivel de los Estados, así como de los mecanismos de planificación estatal y nacional, facilitarían tanto el monitoreo permanente de la situación de salud de la mujer como la programación oportuna de acciones (v.g., planificación familiar, control prenatal, atención del parto, control postnatal, detección y control del cáncer cervicouterino y de mama, etc.). Es importante recalcar, además, que el diseño del PEPIS, al facilitar respuestas dinámicas a perfiles epidemiológicos diferentes y cambiantes (en los diferentes estados y a lo largo del tiempo), contempla una masa crítica importante de contenidos dirigidos a los problemas de salud de la mujer, y a elementos pertinentes a su rol como agente principal de salud dentro del hogar.

D. Riesgos del Programa

- 4.34 El riesgo principal del Programa está relacionado con las reformas institucionales, especialmente las relacionadas con el MSAS y la transferencia de servicios a los estados. El riesgo consiste en las debilidades institucionales actuales, a nivel central y a nivel regional, para asumir, las nuevas funciones. Para minimizar este riesgo, el Programa otorga énfasis a los aspectos institucionales, incluido la asistencia técnica, capacitación y equipamiento del MSAS y los estados participantes.
- 4.35 En adición, una reforma estructural profunda como la que se pretende realizar en esta operación, requiere de un nivel adecuado de consenso de los diferentes actores de la sociedad. En este sentido, la resistencia al cambio puede demorar la implantación de algunas reformas. Para ello las autoridades, a través de un proceso de consulta permanente buscan el consenso para la reforma, con participación del Consejo Nacional de Salud, el cual asesora al Presidente de la República en los grandes lineamientos de políticas del sector. En adición, se está formulando el Comité Dirigente en el cual participarán la alta administración y profesionales y se efectuarán consultas con el resto del sector público y privado. Este consenso generalizado especialmente en los estados que han firmado los convenios de descentralización, de la población y de muchos de sus líderes políticos, gerenciales y empresariales de la necesidad de realizar profundos cambios en el sector salud, constituyen un importante estímulo a la realización de las reformas.
- 4.36 Por otro lado, la crisis fiscal actual puede condicionar la disponibilidad oportuna de recursos locales, creando la posibilidad de una demora en la ejecución de la operación. Sin embargo, la evaluación de las proyecciones financieras indican que existiría la capacidad adecuada para financiar la reforma del sector propuesto en el Programa.

INFORMACION DEL MSAS Y DEL SECTOR

I. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DEL MSAS

- 1.1 El MSAS, se caracteriza por una estructura central sobredimensionada, descrita parcialmente en el cuerpo del documento, cuya configuración completa corresponde al cuadro siguiente:

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Estructura Central		
13 Direcciones Generales Sectoriales 66 Direcciones de línea 36 Oficinas sin rango 27 Programas	14 Institutos 7 Centros Nacionales 4 Comisiones 4 Fundaciones 1 Escuela	5 Organismos Autónomos Especializados: Instituto Nacional de Higiene (INH), Instituto Nacional de Gerontología (INAGER), Instituto Nacional de Nutrición (INN), Hospital Universitario de Caracas (HUC), Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), Fundación para el Mantenimiento de Infraestructura (FIMA). Programa Ampliado Materno-Infantil (PAMI)

- 1.2 Los 5 institutos autónomos que opera tienen las funciones descritas en el cuadro siguiente:

Organismo	Funciones
Instituto Nacional de Higiene (INH)	Contribuir a la vigilancia y estudios epidemiológicos de las enfermedades infecto-contagiosas y tóxicas mediante el procesamiento de muestras como laboratorio de referencia nacional. Control de calidad de productos de consumo humano y elaboración de vacunas
Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER)	Política integral de protección al anciano. Operación y subsidio de programas sociales de apoyo
Hospital Universitario de Caracas (HUC)	Ubicado en la Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, responsable de la capacitación a nivel profesional y de especialistas en unas 36 especialidades.
Instituto Nacional de Nutrición (INN)	Cumple políticas destinadas a proteger a las familias de bajos recursos, a través de diversos programas nutricionales.
Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC)	Investigaciones científicas y tecnológicas en el campo biomédico y programas de capacitación.

II. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

- 2.1 La extensa red pública y privada (cobertura del 10-15%) de servicios (ver cuadro siguiente) presenta un crecimiento desordenado y niveles importantes de duplicación e ineficiencia.

Capacidad de la Oferta Pública y Privada			
Recursos	MSAS	IVSS	Privada
Hospitales	175	31	311
Camas	26.000	5.750	11.000
Ambulatorios	3.700	76	ND

- 2.2 La oferta de servicios públicos de salud se encuentra jerarquizada por niveles de atención, conforme al esquema teórico resumido a continuación 1/. En principio, el primer nivel de atención (ambulatorios rurales I y II, urbanos I) tendría la capacidad de resolver hasta un 85% de la morbilidad atendida, refiriéndose un 10% al segundo nivel (ambulatorios urbanos II y III) y un 5% al tercer nivel (hospitales).

1. Primer nivel

- 2.3 Los ambulatorios rurales prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización a poblaciones menores a los diez mil habitantes. Existen dos tipos. Los Tipo I, ubicados en áreas con población dispersa, atendidos por un auxiliar de "medicina simplificada" bajo supervisión médica y de enfermería, y por un médico en visitas semanales; mientras que los del Tipo II se ubican en áreas rurales de población concentrada o dispersa, y son atendidos por médicos generales. Pueden contar con camas de observación y servicio de odontología. También se incluyen en esta categoría los ambulatorios urbanos Tipo I, que se diferencian de los Rurales Tipo II por no tener camas y por el alcance de sus servicios que pueden incluir el área sicosocial.

2. Segundo nivel

- 2.4 Los ambulatorios urbanos no disponen de hospitalización. Además del Tipo I ya mencionado, existen 2 tipos más. Los del Tipo II son de mayor capacidad resolutoria, al ser atendidos por un médico general, quien podrá realizar funciones docentes; y al poder contar

1/ Según las Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Subsector Público, decretada por el Ejecutivo Nacional el 21 de enero de 1983 y publicada en Gaceta Oficial No. 32.650.

con servicios básicos de obstetricia, pediatría, laboratorio, radiología y emergencia permanentes, además de los servicios propios del Tipo I. El Ambulatorio Urbano III, de mayor complejidad aún, prestan atención médica integral de nivel primario y/o secundario, son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitarias, y se han organizado para prestar, además de atención médica general, medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, dermato-venereología, cardiología y emergencia.

3. Tercer nivel

- 2.5 Los Hospitales prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario, según su categoría. Existen cuatro tipos: Tipo I. Además de la atención al paciente internado, presta atención ambulatoria primaria y secundaria, médica y odontológica, sirviendo de centro de referencia del nivel ambulatorio. Cuenta con laboratorio, rayos X, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia. Tipo II. En estos hospitales se pueden desarrollar actividades docentes de pre- y post-grado, paramédicas y de investigación. Además de los servicios clínicos básicos, ofrecen las especialidades de cardiología, siquiatría, dermato-venereología, neumonología, traumatología, otorrinolaringología y oftalmología; y tienen servicios de enfermería, trabajo social, dietética y fisioterapia. Tipo III. En estos hospitales los servicios de atención médica en los 3 niveles clínicos se encuentran organizados en departamentos con servicios adscritos, a saber: medicina (nefrología, reumatología, neurología, gastroenterología, medicina física y rehabilitación), cirugía (urología, otorrinolaringología, oftalmología y trauma tología), gineco-obstetricidad y pediatría. Disponen de un cuerpo mínimo de nutricionistas y licenciados en Enfermería, y cumplen funciones de docencia a nivel de pre-grado de medicina, así como a nivel técnico. Sirven de sede de residencias de postgrado en las especialidades básicas y cumplen funciones de investigación. Tipo IV Por la sofisticación de sus recursos especializados, la atención médica que prestan los hospitales de este tipo se proyecta hacia una región más amplia. Pueden contar con unidades de larga estancia y albergues de pacientes.
- 2.6 Los hospitales más pequeños (Tipos I y II) son subutilizados, mientras que los más complejos y grandes son utilizados inadecuadamente. La demanda satisfecha de hospitalización en el sector público fue del orden de 31,8 días-paciente y 5,7 egresos por 100 habitantes (baja), lo que equivale a una hospitalización por cada 17 consultas y a un promedio de estancia de 5.6 días. Aún cuando los datos disponibles podrían indicar una utilización razonable de la consulta. No obstante, Venezuela registra uno de los índices más elevados de América Latina en personas por cama.
- 2.7 Las cifras de utilización de los ambulatorios del MSAS demuestran que el esfuerzo más importante es de carácter curativo a expensas

del esfuerzo preventivo: 0,4 consultas preventivas vs. 1 consulta curativa y 0,2 atenciones dentales por habitante año, además de 3,3 millones de consultas de medicina simplificada en los ambulatorios rurales I, que para una población teórica asignada de 1000 habitantes, a ser atendida por este nivel, correspondería a 1,3 consultas por habitante-año adscrito (lo que es un nivel poco elevado en comparación con otros países).

- 2.8 La infraestructura hospitalaria pública presenta distorsiones significativas en su configuración, ya que apenas existen 3,0 Hospitales II por cada dos del tipo III, y una proporción casi idéntica de Hospitales III por cada centro especializado tipo IV. En otras palabras, la proyección de los hospitales de mayor complejidad como centros de referencia es muy limitada, lo que tiende a aumentar la ineficiencia de sus recursos especializados.

III. RECURSOS HUMANOS

- 3.1 La disponibilidad de recursos humanos presenta grandes variaciones en su distribución geográfica interna (ver cuadro siguiente), con una alta concentración en la región capital y central, en detrimento del resto del país. Además, se observan distorsiones serias en su distribución por profesión (v.g., 3 médicos por cada 2 enfermeras, que no alcanza ser compensada por el personal auxiliar de enfermería).

Variación de Disponibilidad de Recursos Humanos por Estado (N° por 1.000 Habitantes)		
Categoría	Mínimo	Máximo
Médicos	0,7	2,2
Enfermeras	0,1	1,7
Auxiliares	0,6	4,4
Odontólogos	0,1	1,1

- 3.2 Las condiciones de trabajo, pese a convenios colectivos renegociados anualmente con los principales gremios del sector, son deficientes, con problemas sustantivos de remuneración (US\$140 a US\$250 mes/profesional de costo laboral), movilidad profesional, motivación y condiciones físicas del ambiente laboral, reflejado en un elevado ausentismo, pluriempleo y la baja calidad y productividad de los servicios.
- 3.3 El MSAS cuenta con una planilla abultada de personal permanente de unas 107.000 personas (abril de 1993), de los cuales 55.000 (51%) son obreros y unas 5.200 laboran en la planta central del MSAS. Esta voluminosa fuerza laboral refleja el incremento de la nómina durante la última década sin un aumento correspondiente de los

servicios, resultando en una baja productividad. Entre éstos, existe un grupo de unos 3.500 reposeros (personas con ausencias laborales crónicas por enfermedad por más de un año). Adicionalmente, se estima que existe otro grupo numeroso de personal no permanente clasificados como "suplentes de reposeros y suplentes sin dependencia", que se concentran principalmente en el personal obrero. El gasto anual de personal del MSAS, asciende aprox. U\$420 millones anuales y representa el 73% del presupuesto neto ejecutado.

COSTOS DIRECTOS DETALLADOS	
TOTAL GENERAL (expresado en millones de dólares)	236,3
1. Mejoras de la Capacidad de Diseño e Implantación de Políticas y Rest. del MSAS	81.5
1.1 Adecuación y Reconversión planta Personal MSAS	50.0
1.2 Programa de Prevención y Promoción	13.6
1.3 Capacitación y Equipos computacionales MSAS Central	3.5
1.4 Actividades Para la Modernización MSAS Central	3.4
1.5 Actividades y Estudios para la Racionalización de los Organismos Adscritos.	9.6
1.6 Estudios y Actividades de Formación de Recursos Humanos y de Financiamiento del Sector y marco jurídico sanitario	1.4
2. Descentralización de Servicios	154.8
2.1 Apoyo Preparación Planes Estadales de Salud, Organización de los Sistemas y Reconversión de Personal	7.9
2.2 Fortalecimiento de Gestión en Regiones Marginales	2.4
2.3 Organización de los Sistemas Estadales de Salud	5.3
2.4 Asistencia Técnica y Capacitación Específica	7.6
2.5 Cursos de Capacitación General	1.2
2.6 Equipos y Software para 7 estados	5.1
2.7 Rehabilitación Física Y Equipamiento de Establecimiento de Salud Estatal	120.1
2.8 Otras Acciones de Fortalecimiento Institucional	5.2

PLANES ESTADALES DE SALUD

I. CONTEXTO Y ENFOQUE GENERAL

- 1.1 La introducción de los planes estatales de salud constituyen un hito importante en el desarrollo de los servicios descentralizados, al incorporarse como procesos ordenadores y racionalizadores del uso de los recursos estatales destinados al sector, con miras a optimizar su equidad, eficacia, calidad y eficiencia en el mejoramiento de los niveles de salud de la población. Permiten orientar los recursos a problemas prioritarios, identificados a través de procesos diagnósticos precisos que se traducen continuamente en soluciones racionales a las dificultades demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas, institucionales y financieras identificadas.
- 1.2 Así, los procesos de planificación que se institucionalicen en torno a estos planes vienen a ser herramientas estratégicas del proceso de descentralización en marcha, en función de sus propuestas específicas de: (i) políticas y presupuestos que fundamenten los sistemas estatales (descentralizados) de salud y su organización administrativa y técnica; (ii) fortalecimiento institucional que asegure la capacidad y responsabilidad ("accountability") gerencial y técnica del sistema estatal y sus recursos humanos frente a la población y al Ejecutivo Nacional; y (iii) inversiones físicas prioritarias que contribuyan a racionalizar la red de servicios a partir de la optimización de la oferta existente.
- 1.3 De esta manera, y en virtud de los procesos diagnósticos y decisorios propuestos los planes estatales de salud tendrán tres componentes claves:
 - a. un plan de organización descentralizada 1/;
 - b. un plan de fortalecimiento institucional; y
 - c. un plan de inversiones.
- 1.4 Estos esquemas ordenadores, como expresión de una "gestión descentralizada por programas", se fundamentan en: (i) políticas y

1/El Plan de organización descentralizada corresponde a la propuesta organizativa presentada por cada estado en su Proyecto de Transferencia de Servicios de Salud, el cual es sometido a la aprobación del Senado de la República. En el contexto del Plan Estatal, dicha propuesta organizativa podrá ser evaluado, profundizar y operacionalizar a fin de establecer las acciones necesarias para ponerlo en práctica.

convenios (acordados entre la Nación y cada Estado) que determinan las metas de salud del Estado, la distribución de competencias y los compromisos de desempeño respectivos; (ii) programas específicos orientados a determinados grupos de riesgo; (iii) criterios racionales para la asignación de recursos entre programas y Estados; (iv) las distintas etapas previstas de la descentralización; y (v) procesos dinámicos de evaluación. Su vigencia responde a las funciones estratégicas y operativas asumidas por el gobierno estatal, a consecuencia de la descentralización y los convenios respectivos (ver Apéndice III-2-A), para la planificación, organización, administración, operación y evaluación de programas y servicios de salud según las normas y políticas nacionales.

- 1.5 Esta nueva dinámica entre los organismos de Gobierno nacional, estatal y local exige un papel proactivo del Ejecutivo Estatal en: (i) formular prioridades y metas que respondan a la política de salud y la situación de salud del Estado; (ii) captar y asignar recursos en función del cumplimiento de esas metas; (iii) coordinar entes públicos y privados dispensadores de salud del Estado, así como otros sectores que incidan sobre la salud, tomando en consideración el papel protagónico de los municipios; (iv) administrar eficaz y eficientemente los recursos humanos, físicos y financieros a su disposición; (v) construir, equipar y mantener la infraestructura del sector; y (vi) propiciar la participación de la población en la gestión de la red pública de servicios de salud. Esto se traduce en la formulación de los Planes Operativos anuales respectivos.
- 1.6 Los efectos anticipados de este proceso en un horizonte plurianual serían: (i) configuración de los servicios capaz de satisfacer en su accesibilidad, cantidad y calidad las necesidades de la población; (ii) organización eficaz y eficiente de la dispensación de servicios; (iii) financiamiento adaptado a las nuevas metas y estructura del Sistema de Salud; y (iv) procesos de planificación institucionalizados en los Estados participantes.

II. GUIA PARA LA PRESENTACION DE LOS PLANES ESTADALES DE SALUD

- 2.1 Como apoyo al proceso de planificación de los estados la UCP ha generado una guía metodológica de planificación, para usos de los estados descentralizados basada en: (i) la preparación de un diagnóstico de la situación de salud y del sector en cada estado participante; (ii) el análisis estratégico ; (iii) la definición de estrategias, objetivos y metas; y (iv) la formulación de planes y programas de organización y prestación de servicios, de fortalecimiento institucional y de inversiones.
- 2.2 Esta guía tiene una función orientadora y en ningún caso normativa, puesto que, si bien se ciñe a metodologías de planificación aceptadas, no ha sido sometida a la revisión de las instancias del MSAS con competencia en el área. Su interés se

centra en aportar una referencia técnica a los procesos de planificación estatales que, a su vez, constituyen el marco de los procesos de planificación del Proyecto Salud en los estados.

A. Diagnóstico de la Situación Estatal de Salud y del Sector

- 2.3 En términos generales, el ejercicio diagnóstico se centraría en el análisis de *fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas*, tocando: (i) el ámbito de acción del sector en base a las orientaciones y políticas nacionales y la misión de los servicios y establecimientos operados por el Ejecutivo Estatal; (ii) aspectos del medio físico; (iii) aspectos socioeconómicos; (iv) aspectos demográficos y epidemiológicos, sociales y culturales del Estado; (v) el análisis de la red de servicios de salud, incluyendo la demanda y oferta de servicios, los sistemas y flujos de referencia y contrarreferencia, la capacidad y condición de la red de proveedores y establecimientos públicos y privados; (vi) aspectos institucionales, en las distintas instancias públicas y privadas del Estado (v.g., Gobernación, Dirección Regional de Salud, Alcaldía, Jefatura de Distrito, clínicas y hospitales privados, etc.) incluyendo la disponibilidad y gerencia de los recursos humanos, financieros y materiales del sector salud en el estado; la participación social en las actividades propias del sector salud y su gestión; y (vii) aspectos financieros, orientados a un conocimiento claro de los recursos del sector y sus fuentes (v.g., Gobierno Central, impuestos estatales y municipales, IVSS, etc.).

B. Análisis Estratégico y Priorización

- 2.4 El insumo diagnóstico de conocimiento del sector se consolida con un proceso de síntesis y análisis estratégico dirigido fundamentalmente a la priorización de los problemas, sus soluciones posibles y su alcance geográfico (v.g., distritos), técnico (v.g., promoción, prevención) e institucional de aplicación, en base a criterios coherentes con las políticas nacionales y estatales en materia social y del sector (v.g., equidad y marginalidad, racionalidad y eficiencia, servicios preventivos vs. curativos, atención ambulatoria vs. hospitalaria, etc.).
- 2.5 Así, en los Planes Estadales los recursos públicos a disposición de los Estados, cualquiera sea su origen, serán asignados al financiamiento de los servicios estatales conforme a las siguientes prioridades estratégicas: (i) aumentar la cobertura de servicios y asegurar la atención primaria de la población de bajos ingresos en el estado; (ii) asegurar el funcionamiento de servicios clínicos esenciales en el estado; y (iii) optimizar el funcionamiento de los servicios hospitalarios, racionalizando la capacidad existente y reduciendo los costos de atención a niveles compatibles con una organización eficiente de los servicios en el estado. Cubrirán, como mínimo, la oferta pública de servicios de salud existentes en el estado, incluyendo los del IVSS, siempre que exista acuerdo

entre el IVSS y la Gobernación sobre la transferencia o coordinación de los mismos, bajo la dirección del gobierno estatal.

C. Definición y Ajuste de Estrategias, Objetivos y Metas

- 2.6 La traducción de estas prioridades a estrategias, objetivos y metas precisos - y su revisión periódica - como elementos orientadores, operativos y evaluativos, contempla cambios positivos concretos y cuantificados en: (v) mejoramiento del nivel de salud de grupos específicos de la población del estado; (vi) cobertura y alcance de la producción pública y privada en satisfacer la demanda, en base a parámetros precisos de equidad, eficiencia y eficacia; y (vii) orientación, negociación y asignación de recursos para el futuro.

D. Formulación y Ajuste de Planes y Programas

- 2.7 Estas intenciones se materializan en planes y programas concretos que definan los ámbitos, contenidos, plazos, costos y fuentes de financiamiento de la actuación del Ejecutivo Estatal en el sector. Puntualizarán aspectos prioritarios de la organización, prestación y gerencia de los servicios, definiendo sus requerimientos prioritarios de fortalecimiento institucional y de inversiones.
- 2.8 En cada estado, el Plan de Organización de la prestación y administración de los servicios de salud será fundamentado por propuestas para la estructura y capacidad gerencial y operativa (Dirección Regional de Salud, Distritos, establecimientos y servicios primarios y secundarios y los servicios verticales (v.g., saneamiento ambiental, vectores, etc.)). Deberá demostrar como la nueva organización del sistema estatal de salud contribuirá a mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud; y deberá presentar la estrategia prevista para la transición entre la situación actual y la propuesta. La propuesta debe ser consistente con las normas vigentes y las condiciones para su aprobación por parte de la Asamblea Legislativa.
- 2.9 El Plan de Desarrollo o Fortalecimiento Institucional estatal debe asegurar los estudios e insumos técnicos para diseñar e implantar los sistemas operativos y gerenciales esenciales, incluyendo la capacitación técnica y gerencial del personal pertinente a los distintos niveles del sistema estatal, al igual que los estudios de preinversión que se puedan requerir.
- 2.10 Finalmente, el Plan de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento del Estado, deberá responder a los problemas identificados en el diagnóstico y a las políticas y orientaciones del plan estatal, en base a criterios racionalizadores que tiendan al aprovechamiento de la capacidad instalada existente en función de la demanda satisfecha e insatisfecha, y de los requerimientos del modelo de atención.

- 2.11 A los fines del Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud deberán generarse planes de inversiones en cada estado, que extraigan de los planes estatales de salud previamente formulados, los perfiles de proyecto a ser financiados con recursos del mismo. Dichos planes de inversión deberán contener acciones correspondientes a desarrollo o fortalecimiento institucional así como inversiones en rehabilitación física y equipamiento, y deberán estar formulados conforme a los lineamientos generales que a tal efecto suministre la UCP. Estos se operacionalizarán en Planes Anuales de Acción, para cada año de ejecución del proyecto. Las acciones así definidas deberán estar incluidas en los planes operativos anuales del estado.
- 2.12 Así, en materia de Infraestructura y Equipamiento, se han establecido para los proyectos estatales de inversión criterios para su elegibilidad, priorización y evaluación. Estos se aplican a partir de un universo identificado de proyectos de reparación, rehabilitación, ampliación, reposición, construcción y equipamiento de establecimientos ambulatorios y hospitales en cada estado participante. Contempla, igualmente, el uso de técnicas modernas de programación médico-funcional y espacial que aseguren la racionalidad de la microplanificación física.
- 2.12 Entre los criterios de elegibilidad se destacan: (i) la pertenencia del establecimiento beneficiado a la red MSAS a ser transferida al Estado; (ii) la evidencia de la disponibilidad de recursos para el financiamiento de costos recurrentes-operación y mantenimiento-asociados a los proyectos durante la ejecución del programa; (iii) la existencia de reservas presupuestarias requeridas para cubrir la contrapartida local correspondiente al período; y (iv) el mejoramiento de áreas que comprometan la salud y seguridad de pacientes y trabajadores haciendo énfasis en la operación y funcionamiento de las instalaciones, así como en el equipamiento básico de los establecimientos. En el caso específico de equipamiento de alta complejidad, destaca como criterio la debida justificación por los análisis oferta-demanda. No se considerarán elegibles los proyectos que incrementen la oferta de servicios actualmente existente. No serán objeto de financiamiento, materiales y suministro por ser parte de los costos de operación que deberá cubrir el nivel regional.
- 2.13 Para acceder los recursos financieros de ejecución del programa, los estados deberán haber formulado sus respectivos planes de inversión (en el contexto de los planes estatales de salud correspondiente), los cuales deberán haber sido evaluados y aprobados por la UCP, de conformidad con los criterios acordados.
- 2.13 Todo esto adquiere vigencia en virtud de planes de acción plurianuales (corto, mediano y largo plazo) con plazos realistas, apoyados en planes operativos anuales.

III. PLANES ESTADALES

- 3.1 Los estados han avanzado a ritmos diferentes en la elaboración de sus planes estatales y por ende de los planes de inversión correspondiente, cuya finalización conforme a la normativa es un requisito para desembolsos y el inicio de obras físicas a nivel de cada uno. Los estados coejecutores se encuentran trabajando para completar dichos planes conforme a las pautas establecidas y la asistencia por parte de la UCP. El ciclo de preparación y ejecución de los planes estatales pasa por un proceso de "habilitación" de los estados para el desarrollo evolutivo de su descentralización, dividido en dos fases: una primera (Fase I) que permite el acceso de las Gobernaciones a recursos de Preinversión para la preparación de los Planes Estadales de Salud, y una segunda (Fase II) que los habilita para optar a los recursos de fortalecimiento institucional y de modernización de sus sistemas e infraestructura, previstos para la ejecución de los distintos componentes de su Plan Estatal de Salud.
- 3.2 Para acceder a los recursos de la Fase II, el Plan Estatal de Salud deberá ser aprobado por el MSAS a través de la UCP. Para ello, deberá contener los elementos ya descritos en este anexo (v.g., programa de salud, propuesta de organización, financiamiento, operación y mantenimiento de los servicios en el estado, organización de las oficinas estatales encargadas del control y monitoreo del programa) y cumplir con los criterios (v.g., elegibilidad, técnicos, económicos, financieros, institucionales y ambientales) especificados en la Guía de Presentación de Propuestas de Planes Estadales de Salud acordada con el Banco.
- 3.3 El Plan Estatal más avanzado es el de Carabobo, que recoge los elementos normativos principales, quedando pendiente la revisión de la priorización inicial de su plan de inversiones. Los tres estados restantes tienen distintos grados de avance en los elementos básicos de sus planes y componentes (organización, fortalecimiento institucional, inversiones), y siguen trabajando para completar dichos planes, conforme a las pautas establecidas y a las indicaciones recibidas de la UCP.

COMPETENCIAS ESTADALES CONVENIDAS - SECTOR SALUD	
Tipo	Competencia
I. Normativa	Formulación de Planes y Programas Estadales
	Establecimiento de indicadores estadales de salud
II. Supervisión Técnico-Normativa	Supervisión, vigilancia e inspección de: <ul style="list-style-type: none"> a. Control de elaboración, distribución y expendio de alimentos; b. Apertura, funcionamiento y traslado de establecimientos farmacéuticos; c. Aplicación de medidas jurídico-administrativas por violaciones a leyes de Sanidad Nacional, Farmacia, sustancias sicotrópicas, producción de cosméticos, productos naturales, medicamentos, alimentos; y d. Actividades de saneamiento ambiental.
III. Relacionadas con la red de servicios	<ul style="list-style-type: none"> e. Establecer mecanismos de modernización de la gestión de los servicios de salud, promoviendo la administración autónoma de los centros dispensadores de salud y el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS); f. Registro, inspección y vigilancia de centros médico-asistenciales; g. Actividad pre- y post-hospitalaria h. Administración y control de guarderías adscritas; i. Construcción y mantenimiento de infraestructura, instalaciones y equipos de las dependencias del sistema de salud estatal; j. Adquisición, administración y asignación de los equipos y suministros de los servicios bajo su administración; y k. Captación y asignación de recursos económicos para el funcionamiento de los servicios de salud.
IV. Relacionada con los Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> l. Gestión integral del personal del sistema de salud estatal; y m. La ejecución de políticas, adiestramiento y capacitación del personal, de acuerdo a las necesidades regionales.
V. Participación de la Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> n. Actividades de promoción social con énfasis en la educación para la salud y la participación de las comunidades en todos los niveles y etapas; y o. Crear mecanismos e instancias de participación de la comunidad.

PROGRAMA MSAS - BID	
RESUMEN DE ELEMENTOS Y AVANCES PRINCIPALES EN PLANES ESTADALES DE SALUD	
Elementos del Plan Estatal	Carabobo
Diagnóstico: Demográfico y Socioeconómico	<p>1.700.000 habitantes en 4.650 km² y 10 municipios</p> <p>Polo industrial</p> <p>Alfabetismo = 94%</p> <p>Población joven Crecimiento = 3.5%</p> <p>EVN: 73 M 68 H</p> <p>Aumento pobreza a +60% habitantes (4 de sus 10 municipios)</p> <p>Reflejado en nivel desnutridos</p>
Diagnóstico: Situación de Salud	<p>Mortalidad = 4,2</p> <p>TMI 22 / 1.000 NV</p> <p>Importancia enf. degenerativas (cáncer, corazón, presión alta, diabetes), accidentes, enf. infecciosas (diarréicas, respiratorias, parasitarias endémicas) y perinatales.</p> <p>Mort. Materna = 6/10.000 NV Embarazo en adolescentes (18%)</p>
Diagnóstico: Sector Salud	<p>850 establecim. en 5 distritos sanitarios (42 hospitales con 3.400 camas, 811 ambulatorios y clínicas)(MSAS/ IVSS/Estado: 11 hospitales, 2.500 camas, 111 ambulatorios)</p> <p>Demanda excesiva de serv. emergencia (70%)</p> <p>Demanda preventiva baja</p> <p>Orientación curativa demanda y oferta atención primaria privada zonas urbanas</p> <p>75% partos atendidos</p> <p>Hospitales: complejos congestionados y los más sencillos subutilizados</p> <p>Nuevo Servicio de "Atención Inmediata" (ambulancias) eficiente</p> <p>Reducción presupuesto real con sesgo curativo, a expensas de prevención y promoción.</p> <p>Deterioro de infraestructura (50%) y falta de inversiones</p>
Análisis Estratégico y Priorización	<p>Fortalezas Internas Sector: Experiencia del Programa Atención Inmediata, red de establecimientos existente; descentralización; Mejoras en indicadores salud 1990 - 1993</p> <p>Proceso planificador de sector salud.</p> <p>Factores Externos Facilitadores:</p> <p>Equipamiento social mejorado; MSAS reorganizado; Municipalización; Participación ciudadana y reforma política; Configuración geográfica y económica estado; Infraestructura económica y educativa.</p> <p>Obstáculos:</p> <p>insuficiencia sistema de salud por crecimiento poblacional, grupos de bajos ingresos; deterioro de sistemas de información y control; Desmotivación, baja moral e indisciplina; Deterioro de indicadores sanitarios y reaparición de endemias superadas; Insuficiencia presupuestaria, inflación y robos; Resistencia al cambio; Déficit fiscal; Cultura de desordinación; alejamiento cultural de sistema de salud de población; sistema distorsionado de incentivos. que premia los malos hábitos y penaliza los buenos ejemplos. sistema de salud relativo a la población; y un sistema distorsionado de incentivos que premia los malos hábitos y penaliza los buenos ejemplos.</p>

PROGRAMA MSAS - BID RESUMEN DE ELEMENTOS Y AVANCES PRINCIPALES EN PLANES ESTADALES DE SALUD	
Elementos del Plan Estatal	Carabobo
Definición de Estrategias, Objetivos y Metas	<p>Prioridad política del Sector Salud. Políticas y planes para valoración de salud con acciones dirigidas a factores determinantes, derechos y deberes en salud de población y del Estado,</p> <p>Imagen-objetivo: "Hacer que el sano sea más sano!".</p> <p>Misión: proveer medios, dictar normas, motorizar programas y controlar resultados, favoreciendo determinantes de salud y acceso a los mismos vía educación para salud, saneamiento ambiental, promoción, protección y recuperación.</p> <p>Enfasis en funcionamiento y modernización del sistema, calidad y productividad atención primaria y grupos vulnerables (madres y niños).</p> <p>Institucionalizar participación de comunidad.</p> <p>Objetivos generales de: aumentar expectativa de vida, reducir natalidad y mortalidad, erradicar embarazos no deseados en menores de edad, reducir accidentes de tránsito e impacto sobre capacidad productiva, disminuir demanda de servicios de emergencia y hospitalización, incrementar oferta servicios preventivos y de promoción.</p>
Metas	<p>a. aumento de 3 años esperanza de vida</p> <p>b. reducción de mortalidad infantil en más de un tercio;</p> <p>c. cobertura Prog. Ampliado Inmunizaciones (PAI) a 95% de población susceptible</p> <p>d. aumentos en productividad de recursos, calidad de servicios y aceptación de usuarios.</p> <p>Municipalización progresiva.</p> <p>Estrategias</p> <p>Fortalecer estructura y capacidad gerencial, capacidad preventiva y curativa, promoción estilos de vida saludables, mejoramiento y preservación del ambiente</p>
Formulación de Planes y Programas	4 programas estratégicos a cargo de estructura gerencial proyectizada, con proyecciones financieras detalladas.
Plan de Organización	<p>Descentralización, Reingeniería y Excelencia Operacional del Servicio de Salud (DEREX): Proyectos de modernización, respaldo financiero y reingeniería de sistemas operativos. Proyecto Beta: racionalizar y organizar Hospital Central de Valencia y red ambulatoria de su área de captación primaria; incorpora nuevas modalidades de financiamiento, administración y operación (v.g., Fundación para Hospital de Valencia)</p>
Plan de Desarrollo Institucional	<p>(DEREX): Proyectos de modernización, mejoramiento, promoción de sistemas operativos, desarrollo de recursos humanos, cambios en programas de salud, y aprovechamiento de metodologías SILOS pertinentes.</p> <p>Promoción y Educación para la Salud (PROESA): esfuerzo de largo plazo, para incidir en cultura de salud y estilos de vida mediante mercadeo (social), incorporando otras instituciones y organizaciones comunitarias.</p> <p>2 fases cubriendo 11 años a un costo de EU\$ 66 millones.</p>
Plan de Inversiones	<p>Dotación de Infraestructura, Equipamiento Físico y Ampliación de la Red (DINEFAR)</p> <p>Primera prioridad es adecuación física de centros primarios existentes, complementada por algunos nuevos justificados.</p> <p>de 76 establecimientos prioritarios, a un costo estimado de EU\$ 93 millones (Ver cuadro adjunto).</p> <p>Saneamiento Ambiental y Preservación del Equilibrio Ecológico (SAMEC)</p> <p>Acciones para mejorar medio ambiente reduciendo impacto de contaminantes a un costo de EU\$ 8,4 millones entre 1994 y 1998, y EU\$ 58 millones en 1999-2005.</p>

METAS DEL PLAN ESTADAL DE SALUD DE CARABOBO			
Metas	1996	1998	2005
Incrementar Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Del 60% al 80%	95%	Mantener
Incrementar Cobertura de Planificación Familiar		Del 8% al 15% (de mujeres en edad fértil)	
Cobertura de consulta prenatal	80% de población usuaria		
Reducir prevalencia caries dental		Del 90% al 50%;	Al 10%
Ejecución de programas estratégicos	Desarrollar e implantar programas estratégicos descritos más adelante. Completar municipalización de servicios de salud.	Concluir Programa de Infraestructura y Equipamiento.	Concluir ejecución de todo
Calidad de servicios y productividad de recursos	Reducir en 60% la capacidad ociosa recurso humano Disminuir en 60% equipos e instalaciones con desperfectos	Productividad del 90% de recursos humanos y físicos	Llevar a niveles vigentes países de referencia.
Aumentar aceptación de servicios públicos	5% sobre su nivel actual (de 75% a 80%)	90%	
Programa de Descentralización	Completar 100%	Consolidar, con municipalización, reingeniería de sistemas operativos.	

PLAN DE ADQUISICIONES

ADQUISICIONES PRINCIPALES	FINANCIAMIENTO (miles de US\$)		METODO	PRECAL	PUBLIC. AEA SEM/AÑO
	BID	LOCAL			
<u>Consultorias</u> Desarrollo de Sistemas Gerenciales para MSAS	2.400		Concurso Internacional	Si	03/96
Desarrollo de Sistemas Gerenciales para los Estados	7.500		Concurso Internacional	Si	09/96
Estudio Modelo de Financiamiento del Sector	450		Concurso Internacional	Si	11/95
Diseño de Compañía de Divulgación Programa PEPIS	1.000		Concurso Internacional		03/96
Ejecución de la Campaña de Divulgación Programa PEPIS		8.000	Concurso Nacional		03/97
Estudio reorganización MSAS y entes adscritos		1.650	Concurso Nacional		9/95
Capacitación en gerencia		4.450	Concurso Nacional		03/96
Estudio reorganización Sistemas Estadales de Salud		5.300	Concurso Nacional		06/96
SUB-TOTAL	11.350	19.400			
<u>Obras de Inversión</u> 4 licitaciones para 4 hospitales		3.200 4.200 4.000 3.900 4.600 6.900 8.100 3.400	Concurso Nacional	NO No	06/98 06/98 04/99 04/99 03/96 06/97 06/98 06/99
SUB-TOTAL		38.300			
<u>Equipos</u> Informática	2.500 3.900		LPI	No	03/97 03/98
Informática	300		Licitación privada	No	02/96
Equipos Hospitalarios	6.710 19.000 13.750		LPI LPI LPI	Si Si Si	06/97 06/98 06/99
		5.500 6.500 6.500 2.500	LPN LPN LPN Licit. Privada	Si Si Si No	03/97 03/98 03/99 03/96
SUB-TOTAL	39.010	21.000			
TOTAL	57.060	78.700			

INDICADORES DE SUPERVISIÓN					
Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Plan de Reestructuración del MSAS	<p>Implantación estructura orgánico-funcional transitoria.</p> <p>Realización de Estudios Técnicos para el diseño de la nueva Estructura del MSAS.</p> <p>Aprobación de la nueva Estructura del MSAS.</p> <p>Inicio Implantación de la Estructura.</p>	Avance satisfactorio en la implantación de la nueva estructura	Avance satisfactorio en la implantación de la nueva estructura.	Haber completado la Implantación de la nueva estructura	
Plan de reconversión laboral del MSAS	<p>Contratación de Consultores.</p> <p>Contratación del ente o conserjería para la administración del Programa de Reconversión Laboral.</p> <p>Implantación Inicial del Programa de Reconversión.</p>	Implantación del Programa de Reconversión Laboral con evidencia del número y tipo de personal reconvertido de acuerdo al Plan de Reconversión Laboral.	Evidencia de avance del Programa de Reconversión con número y tipo de personal reconvertido de acuerdo al Plan de Reconversión Laboral.	Haber completado el Plan de Reconversión Laboral.	
Plan de racionalización de recursos del MSAS central	<p>Contratación de Consultores.</p> <p>Implantación del Plan de Racionalización de los recursos humanos del nivel central con evidencia de la reducción de personal por la vía de jubilaciones de oficio e incapacitación y de aquellos que accedan al Programa de Reconversión.</p>	Evidencia de la reducción del personal de acuerdo al Plan de Racionalización.	Evidencia de la reducción del personal de acuerdo al Plan de Racionalización.	Haber completado el Plan de Racionalización..	

INDICADORES DE SUPERVISIÓN					
Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Fortalecimiento y modernización del	<p>Haber contratado las consultorías e iniciado asistencia técnica de apoyo a la Reestructuración.</p> <p>Aprobación de los criterios de evaluación anual del subcomponente</p>	<p>Haber contratado las consultorías e iniciado actividades asociadas a las áreas de desarrollo institucional y capacitación</p> <p>Avance satisfactorio en los criterios de evaluación.</p>	<p>Haber adjudicado la compra de los equipos previstos.</p> <p>Avance satisfactorio en los criterios de evaluación.</p> <p>Haber completado el entrenamiento del personal en los sistemas de información epidemiológica, gerencial y técnica.</p>	<p>Avance satisfactorio en los criterios de evaluación anual</p>	<p>Haber completado de capacitación fortalecimiento institucional</p>
<p>Ordenamiento y modernización de organismos adscritos al MSAS</p> <p>Inst. Ven. de Invest. Cient.</p> <p>Hosp. Univers. de Caracas</p> <p>Inst. Nac. de Nutrición</p> <p>IR- Inst. Nac. de Gerontología</p> <p>Fund. para el Mantenim. de la estructura</p> <p>Prog. Ampliado Materno-infantil</p> <p>Inst. Nac. de Higiene</p> <p>IR- Servicios Farmacológicos</p> <p>BIOTEC-</p>	<p>Contratación de los Estudios que conlleven a las diferentes alternativas de Reorganización.</p>	<p>Presentación del Plan a emprender para las diferentes alternativas de Reorganización</p>	<p>Presentación de un paquete legislativo que recomiende la reestructuración, readscripción y/o terminación de los organismos adscritos.</p> <p>Avance satisfactorio en la reorganización de los organismos adscritos.</p>	<p>Avance satisfactorio en la reorganización de los organismos adscritos.</p>	<p>Avance satisfactorio en la reorganización de los organismos adscritos.</p>

Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Políticas del sector	Revisión y elaboración definitiva del Programa	Haber completado hasta tres campañas nacionales relacionadas al PEPIS	Haber completado hasta seis campañas nacionales relacionadas al PEPIS	Llevar a cabo campañas adicionales del PEPIS
Programa de Promoción y Prevención	Presentación del Plan para la implantación de campañas.			
Políticas para la formación y capacitación de recursos humanos	Contratación de consultorías para la realización de los estudios necesarios.	Culminación de los Estudios que deben incluir: (i) necesidades cuantitativas; (ii) perfiles ocupacionales; (iii) ajuste curricular requerido en la formación de recursos; y (iv) ajuste necesario en las condiciones de trabajo. Difusión de los resultados a nivel central y estatal. Inicio de consultas a gremios profesionales, universidades, legisladores y organizaciones comunitarias. Inicio de consultas con gremios profesionales, universidades legisladores y organizaciones comunitarias.	Proceso de concertación y consulta para la definición de políticas.	Presentación de los lineamientos de política elaborados de manera definitiva y con la participación de los principales actores. Inicio de la implantación de programas, proyectos y convenios.
				Implementación del Plan Operativo de las políticas de y administración de Recursos Humanos. Presentación de la firma de las instancias con las que se han establecido relaciones.

INDICADORES DE SUPERVISIÓN					
Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año
Financiamiento del sector	Contratación de los consultores para la realización de los estudios Presentación de resultados del estudio sobre financiamiento según fuentes a nivel nacional y estatal	Inicio de los otros estudios previstos.	Proceso de concertación y consulta para la definición de la política de Financiamiento	Avance en la aplicación del modelo de financiamiento con base en los indicadores acordados.	Implementación del modelo de financiamiento.
Revisión y actualización del Marco Normativo Sanitario		Presentación del Plan de acción y su cronograma de revisión de las leyes de Salud. Integración de las Comisiones MSAS - Congreso Nacional.	Presentación del Proyecto de Ley al Congreso	Evidencia de medidas tomadas por el MSAS para facilitar su aplicación en caso de ser aprobada.	
Centralización de los servicios de salud	Aprobación de planes estatales de salud de dos Estados Transferencia administrativa del personal e inicio del plan de capacitación en esos dos Estados.	Aprobación de planes estatales de salud en dos Estados adicionales Transferencia administrativa del personal e inicio del plan de capacitación en dos Estados adicionales Presentación del diseño del sistema de control de desempeño.	Aprobación de los planes de salud en los tres Estados restantes. Transferencia administrativa de personal e inicio del plan de capacitación de los tres Estados restantes. Presentación de evidencia de la operatividad en dos Estados del sistema de control de desempeño.	Presentación de la operatividad en los Estados restantes del sistema de control de desempeño.	

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
E INDEMNIZACIONES POR CESANTÍA

I. INDEMNIZACIONES POR CESANTÍA

- 1.1 Las indemnizaciones por cesantía son exentas de impuesto y se pagan cuando el empleado da voluntariamente por terminado su empleo. En caso de despido injustificado, el pago se duplica. No obstante, la definición de causa justificada es muy estrecha y no incluye razones de índole económica ni tecnológica.
- 1.2 Los empleadores tienen la obligación de establecer reservas equivalentes al sueldo básico vigente multiplicado por el número de años de trabajo sin limitación alguna. Los aumentos salariales hacen aumentar las cantidades en forma retroactiva. A partir de los años noventa, y como resultado de la reforma del Código Laboral de 1989, debe aplicarse una tasa de interés a las indemnizaciones por cesantía acumuladas, interés que, una vez ganado, debe pagarse anualmente. Sin embargo, el gobierno central y muchas empresas de pequeña y mediana envergadura capitalizan los pagos de los intereses adeudados. La diferencia entre las indemnizaciones por cesantía aplicadas a capitalización y la liquidación anual de intereses crece en términos exponenciales con los aumentos de sueldos y tasas de interés. Además, las indemnizaciones por cesantía que debe pagar el sector público carecen de financiamiento.
- 1.3 El actual sistema cumple esencialmente cuatro funciones: primero, la de pensiones suplementarias, cuando se utiliza la cesantía para adquirir una pensión anual, dado que el sistema formal de jubilaciones, el IVSS, es inadecuado. Segundo, la de seguro de desempleo, dado que el sistema oficial, también administrado por el IVSS, es ineficaz. Tercero, la de fuente de financiación, o garantía, para compras o mejoras de vivienda. Cuarto, la de medio para reducir el desempleo. Por tales razones, cualquier reforma del sistema de indemnizaciones por cesantía debe estar firmemente afianzada en una reforma integral de todo el sistema nacional de seguridad social.
- 1.4 La reforma del sector salud, apoyada por la operación propuesta, supone la creación de un mecanismo que no siente un precedente limitante para una reforma tan global, pero que facilite la descentralización de los servicios de salud.
- 1.5 La reforma del sector salud implica una reducción de personal en el MSAS y la transferencia de funcionarios a la autoridad local. La reducción del personal del Ministerio, que llevará cuatro años, supone el pago de indemnizaciones por cesantía por un valor

aproximado de US\$47 millones. La transferencia de unos 109.000 funcionarios a siete estados representa la obligación de pagar indemnizaciones por un total cercano a los US\$279 millones, para las que no hay financiamiento. El programa prevé efectuar la descentralización traspasando funciones a dos estados durante el primer año, y luego a otros dos y tres estados en los dos años subsiguientes. En cuatro años, a partir de la fecha del traspaso de funciones a cada estado, el gobierno central financiará el pago de indemnizaciones por cesantía al personal transferido. Este financiamiento alcanzará al 40% de la obligación pendiente durante el primer año, seguido del 20% en cada uno de los tres años subsiguientes. Estos recursos se depositarán en cuentas individuales de un fondo fiduciario del estado, para ser usados al momento de la terminación del empleo.

- 1.6 El acuerdo de transferencia concertado por el gobierno central con las autoridades locales dispone que cualquier aumento producido en la obligación total de las indemnizaciones por cesantía, antes de la transferencia del empleado, que sea resultado de aumentos salariales dispuestos por el gobierno central será financiado por éste. Si los aumentos salariales son autorizados por la autoridad local, ésta deberá financiar la obligación que de ello se derive.

Cuadro 1: Sistema de indemnización por cesantía

Basado en	Sueldo de últimos meses (sueldo básico más vacaciones y bonos de vivienda y participación en utilidades.
Monto	Los empleados con más de 6 meses de antigüedad tienen derecho a un mes de sueldo más un mes adicional por cada año trabajado o fracción superior a 6 meses. Exento de impuesto.
Empleador	Los beneficios devengados aumentan en forma retroactiva con los aumentos de sueldo. Los empleadores registran los beneficios devengados en los libros de la empresa y su pago precede a toda otra demanda, excepto la de garantías hipotecarias. Los empleadores deben extender o garantizar préstamos hasta el monto de los beneficios devengados para vivienda, pago de hipoteca y escolaridad. Los pagos son deducibles de los impuestos de la empresa.
Interés	La obligación acumulada comenzó a rendir interés en 1990. La tasa de interés es la media que pagan por depósitos los seis bancos comerciales más grandes. El interés sobre la indemnización por cesantía acumulada debe pagarse en forma anual.

PROYECTO DE RESOLUCION

VENEZUELA. PRESTAMO /OC-VE A LA REPUBLICA DE VENEZUELA
Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud.

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE: .

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Venezuela, como Prestatario, para otorgale un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento de un Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$150.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de la República de Venezuela, que formen parte de los recursos del capital ordinario del Banco, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.