

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

(GU-0023)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE: Gobierno de Guatemala

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Finanzas Públicas (MFP), en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

MONTO Y FUENTE: BID (CO/FFI): US\$25,0 millones

PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:

Plazo de amortización:	20 años
Período de desembolso:	3 años
Tipo de interés	variable (*)
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito	0,75%

(*) Según los términos del acuerdo CO/FFI, el pago correspondiente a los intereses adeudados, hasta el 5% anual del saldo del préstamo, se realizará con fondos provenientes de la cuenta FFI.

OBJETIVOS: El objetivo global del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS) es introducir cambios estructurales en su sistema de salud para adecuarlo a responder efectivamente a las necesidades de salud de la población. Esto se lograría a través del diseño y la ejecución de las medidas de política, organizativas y financieras para lograr los objetivos específicos de: (a) extender la cobertura de los servicios básicos de salud, con énfasis en los grupos más pobres de la población, con la participación de oferentes privados; (b) aumentar el nivel del gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector; (c) reorientar la asignación de recursos para atender las necesidades de salud de la población; y (d) aumentar la eficacia y eficiencia del sistema público de salud en el desempeño de sus funciones y en la producción de servicios.

DESCRIPCION: Los componentes del programa son los siguientes:

(a) Estructura Institucional: incluye entidades de reestructuración, desconcentración y fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación del sector;

(b) Financiamiento, Asignación, y Uso de Recursos: incluye actividades dirigidas a aumentar y mejorar la asignación de recursos presupuestarios al sector; reorientar el gasto público, limitando el gasto en hospitales y orientando los recursos a extender la cobertura y mejorar los servicios básicos de salud; y adecuar el marco regulatorio y agilizar la gestión presupuestaria en atención a los objetivos del sector;

(c) Sistema de Atención: incluye actividades dirigidas a (i) reorientación del modelo de atención; (ii) la extensión de cobertura, participación de la población local y mejoramiento del acceso de la población más pobre a los servicios básicos de salud; (iii) adecuación del marco regulatorio y aumento de la participación del sector privado en proveer, administrar servicios de salud;

(d) Servicios Hospitalarios Públicos: incluye la organización de entidades autónomas para administrar hospitales, establecimiento de sistemas gerenciales, la implantación de sistemas de transferencias de recursos presupuestarios que incorporen incentivos económicos en el uso y asignación de recursos, y el mejoramiento de sistemas de recuperación de costos.

La extensión y complejidad del programa propuesto en relación a la baja capacidad institucional del país hace necesario la ejecución de un programa de cooperación técnica paralelo. El uso de recursos de cooperación técnica en consultores, capacitación y equipo, permitirá continuar el proceso de fortalecimiento institucional en el proceso de reestructuración y la ejecución de los programas de extensión de cobertura con participación del sector privado, y la implantación de actividad para mejorar la eficiencia y sostenibilidad de servicios hospitalarios.

**CLASIFICACION
AMBIENTAL:**

El Comité de Medio Ambiente en la reunión del 15 de febrero de 1994 clasificó esta operación en la Categoría II.

BENEFICIOS:

Los avances en la modernización institucional del sistema de salud, las mejoras en la asignación y eficiencia en el uso de los recursos públicos en

salud y la reorientación del sistema de atención en salud, dando prioridad a la extensión de cobertura con un conjunto básico de servicios, potenciando la participación del sector privado en la provisión de servicios, producirán: (a) ganancias en eficiencia y reducción de la carga fiscal para la provisión de servicios de salud mejorando la sustentabilidad financiera del sector; (b) beneficios a los usuarios en la forma de mejoras en la calidad de los servicios y un mayor acceso de los grupos más pobres a servicios básicos de salud que responden a las necesidades del país para mejorar la salud de la población y (c) un mayor potencial institucional y técnico del sistema de salud para desarrollar estrategias y programas efectivas y atraer y asignar recursos financieros para mejorar la salud de la población.

RIESGOS:

Los riesgos de la operación provienen de: la falta de medidas efectivas para ampliar la base de ingresos del gobierno necesaria para el mantenimiento de un marco macroeconómico adecuado a la operación; la baja capacidad institucional de las organizaciones del sector; y la posible resistencia de grupos de interés a los cambios institucionales y a la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

El contrato del préstamo sectorial contendrá, como condiciones especiales previos a los desembolsos, aquellas que aparecen en el párrafo 4.13, así como en la Matriz de Políticas (Anexo I). Por su extensión no se incluyen en este Resumen. Sin embargo, para efecto de las Resoluciones pertinentes, se incorporan aquí por referencia.

**EXCEPCIONES A LA
POLITICA DEL
BANCO:**

Se exceptuará de la Licitación Pública Internacional la adquisición de petróleo y sus derivados. (ver párrafo 4.5)

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

La estrategia se enfoca en: (i) la reforma estructural para eliminar obstáculos a la estabilidad macroeconómica y aumentar la productividad; (ii) la expansión y mejoramiento de la calidad de servicios de salud, educación, y vivienda para los grupos de más bajos ingresos, mediante reformas políticas e institucionales, así como inversiones específicas; y (iii) el fortalecimiento de la capacidad administrativa y financiera en las agencias públicas, para mejorar el uso de los recursos para utilizar fondos escasos en forma efectiva. En el sector salud, mejorar el financiamiento y asignación de recursos para expandir la cobertura y mejorar la calidad de los servicios en el primer nivel de atención.

**ORIENTACION
HACIA LA POBREZA:**

Por su naturaleza y diseño, el Programa Sectorial propuesto cumple con los criterios de orientación hacia la pobreza contenidos en el párrafo 2.15 del documento de la Octava Reposición de Recursos del Banco, debido a que se estima que más de 50% de los posible beneficiarios son pobres.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Entorno Económico

- 1.1 Guatemala tiene una población de diez millones de habitantes, cuenta con una economía relativamente diversificada y su actividad económica genera el producto total más alto de los países Centroamericanos. El país tiene una base amplia de recursos que podrían ser la base de un desarrollo sostenido; sin embargo, durante las dos últimas décadas, los desequilibrios de orden macroeconómico y estructural, superpuestos en un escenario de problemas de pobreza extrema y de carácter político, se han reforzado mutuamente para limitar su desarrollo. Durante la década 1980-90 el Producto Interno Bruto (PIB) creció a una tasa menor que la población resultando en una disminución del ingreso per cápita. La inversión anual, el gasto público en los sectores sociales y el salario real sufrieron deterioro durante esta década así como también los indicadores de bienestar social de la población.
- 1.2 La administración que se inició en enero de 1991 heredó una economía en crisis a la que respondió con un programa de estabilización y ajuste estructural. Además, en 1992, se salió de la situación de mora con los organismos multilaterales ganando nuevamente acceso al crédito. La respuesta a este programa fue favorable: la tasa de inflación se redujo significativamente y el PIB creció en términos reales a una tasa promedio anual de casi 4% entre 1990 y 1992.
- 1.3 Desde los eventos políticos de 1993, la situación macroeconómica ha permanecido frágil, principalmente debido a la situación fiscal. En 1994, aunque el crecimiento del PIB (4%) y el ritmo de la inflación (11.6%) se mantuvieron igual que el año anterior, el déficit combinado del sector público alcanzó 2.7% del PIB, 1.6 puntos por encima de la meta acordada bajo un Acuerdo Sombra con el Fondo Monetario Internacional (FMI).
- 1.4 Una reforma fiscal aprobada por el Congreso en diciembre de 1994 permitió la firma de un nuevo Acuerdo Sombra con el FMI para 1995. El programa prevé un crecimiento del 3% para el PIB y una inflación de 8% y mantenimiento del nivel de reservas internacionales. Con base en la reforma fiscal, la carga tributaria debería subir de 6.8% en 1994 a 8% en 1995 y el déficit combinado del sector público bajar al 1.3% del PIB. En los primeros seis meses de 1995 el PIB creció cerca del 4%, la inflación alcanzó 9.2%, y la recaudación fiscal superó las metas intermedias del programa. Sin embargo, las pérdidas en los primeros meses de 1995 han llevado el nivel de reservas internacionales al final de junio a un nivel inferior de casi US\$250 millones de la meta.
- 1.5 A corto plazo, existe un riesgo de salidas de capital y no cumplimiento de las metas de la recaudación tributaria antes de las elecciones generales de noviembre de 1995. A mediano plazo, el desafío será reenforzar las finanzas públicas: aún si se cumple la

meta para la recaudación fiscal en 1995, Guatemala permanecerá con la carga tributaria más débil de América Latina. La reconstrucción de las infraestructuras físicas, la inversión en capital humano del país y los gastos ligados a los posibles acuerdos de paz requerirán de considerables esfuerzos fiscales.

B. Aspectos Sociales

- 1.6 Guatemala se encuentra entre los países Latinoamericanos con los niveles más bajos de bienestar social y una escasa satisfacción de las necesidades básicas de la población. Los resultados de la encuesta socio-demográfica de 1989 ^{1/} indican que, alrededor del 80% de la población se encuentra en situación de pobreza y el 60% en pobreza extrema, en la cual no alcanza a satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. La concentración de la pobreza es mayor en el área rural y entre la población indígena.
- 1.7 Uno de los mayores problemas que el gobierno enfrenta para alcanzar los objetivos de su política social es el bajo nivel histórico de financiamiento de estos sectores ^{2/}, el cual está relacionado con la dependencia de los sectores sociales del presupuesto del Estado y la baja participación de los ingresos fiscales en el PIB (poco menos del 8% en 1993). Para consolidar el progreso del programa de estabilización, el gobierno definió un amplio programa de modernización y progreso social para el período 1991-1996, cuyos objetivos incluyen mejorar el acceso de los grupos más vulnerables a los servicios sociales. El programa incluye reformas para aumentar los ingresos y controlar el déficit fiscal, y aumentar el gasto en los sectores sociales. La ejecución de ese programa es una condición básica para lograr reformas en el financiamiento de los sectores sociales.

C. La Estrategia del Banco

- 1.8 La estrategia del Banco para Guatemala da una alta prioridad a las reformas e inversiones en los sectores sociales a través de programas que aumenten la cobertura y calidad de servicios de educación y salud para los grupos de más bajos ingresos. La estrategia reconoce la importancia de continuar el programa de estabilización macroeconómica y de aumentar ingresos fiscales de forma que permitan una mayor inversión en los sectores sociales. El Banco apoya este objetivo mediante el Programa Sectorial Financiero que se aprobó en diciembre de 1993 (el cual fue totalmente ejecutado y desembolsado), así como un Programa Sectorial de Inversiones programado para aprobación en 1996. A nivel sectorial, la estrategia otorga prioridad a la corrección de ineficiencias en el comportamiento de gastos fiscales en los secto-

^{1/} "Perfil de pobreza en Guatemala; encuesta nacional socio-demográfica 1989". Instituto Nacional de Estadística y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

^{2/} Durante el período de 1980 a 1993, el gasto en salud redujo su participación en el PIB (de 1,9% a 1,0%) y en el gasto público total (de 12,5% a 9,0%).

res de salud y educación y al aumento de los recursos y mejoramiento de la calidad para la entrega de servicios en el nivel primario. Este programa propuesto en la área de salud es parte de la ejecución de esta estrategia.

II. EL SECTOR SALUD

A. Situación General

- 2.1 La situación de salud de la población de Guatemala se compara desfavorablemente con los otros países de América Latina de nivel similar de desarrollo. En 1989 (ultimo año con informaciones oficiales disponibles) la esperanza de vida al nacer era de 63 años, la tasa de mortalidad de 7,2 por mil, la tasa de mortalidad infantil de 57 por mil nacidos vivos y la mortalidad materna fue de 9,3 por diez mil nacimientos vivos ^{3/}. Las condiciones de salud son significativamente peores en algunos grupos socio-económicos con menores niveles de educación e ingreso que son mayoritariamente los residentes en áreas rurales y, en particular, las poblaciones indígenas.
- 2.2 La prevalencia de las enfermedades infecciosas y las asociadas con falta de saneamiento ambiental y nutrición entre las principales causas de muerte refleja el mal estado de salud de la población, y la ineffectividad del sistema de salud. Más del 64% de las muertes totales en el país son causadas por afecciones infecciosas, nutricionales y perinatales. En 1989, las enfermedades diarreicas (30%), las infecciones respiratorias agudas (23%) las enfermedades perinatales (20%) y la desnutrición (4%) fueron las principales causas de mortalidad infantil. La mortalidad en los menores de 5 años llegó a 102 por mil y, excepto por las enfermedades perinatales, obedeció fundamentalmente a las mismas causas de la mortalidad infantil.
- 2.3 El impacto del estado de pobreza de la población sobre sus condiciones de salud es agravado por deficiencias en la instrumentación de la política del gobierno y la asignación de recursos resultante. Los sistemas de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) están supuestos a proveer de estos servicios al total de la población, siendo el MSPAS responsable por la cobertura a las personas que están excluidas de los servicios del IGSS. En la práctica, el MSPAS cubre alrededor del 30% y el IGSS menos del 15% de la población total, mayormente en las zonas urbanas. Los servicios privados de salud cubren entre el 8% y 12% de la población total, población también mayormente urbana y de ingresos relativamente más altos. Esto indica que cerca del 40% de la población no tiene acceso al sector formal de servicios de salud, y esta es la población pobre y en mayor riesgo.
- 2.4 Como parte de su política social, la política de salud del Gobierno de Guatemala, tal como formulada en el documento del MSPAS

^{3/} La información sobre indicadores de salud varía significativamente de acuerdo a la fuente, ej. la tasa de mortalidad infantil se reporta entre 40 y 70 por mil nacidos vivos.

Lineamientos de Política de Salud 94-95 es consistente con la problemática del sector, y como tal, reflejada en el programa propuesto. Esta política se propone alcanzar un mayor grado de eficiencia y participación social en el sector y establece la prioridad a la atención preventiva y primaria con énfasis en los grupos más pobres y vulnerables.

- 2.5 Para lograr estos objetivos, se requiere de cambios significativos, interdependientes y sostenidos en los aspectos de política, institucionales, financieros y de reorganización de los servicios a todos los niveles del sector. La sección siguiente identifica los principales problemas del sector referentes a dichos aspectos.

B. Principales Problemas

1. Problemas institucionales

- 2.6 **La coordinación del sector.** El sector de salud de Guatemala se caracteriza por la falta de una clara asignación de responsabilidades para la conducción del sector y para la satisfacción de las necesidades de salud de los distintos grupos de la población, la centralización e intrincadas estructuras burocráticas y legales en el sector público, y la falta de un marco regulatorio para el sector privado en la provisión de servicios de salud. Esto ha resultado en una falta de coordinación del sector público que contribuye a una cobertura inadecuada en particular de los grupos más pobres, alto costo de los servicios, subutilización de la capacidad instalada, y duplicación en las inversiones y oferta de servicios para los grupos de mayores ingresos. De otra parte el desarrollo de servicios no gubernamentales en proyectos aislados de poco alcance no puede contribuir sustancialmente a la creación de un sistema de servicios estable para mejorar la salud de la población.
- 2.7 **El Ministerio de Salud.** El MSPAS es formalmente el rector del sector, el órgano de formulación y ejecución de política, la institución que maneja los mayores recursos y el ejecutor de los programas de salud pública y de atención a los grupos de menores ingresos. Su actuación en estos campos es ineficiente, inefectiva e inequitativa. La organización se caracteriza por su baja capacidad de formulación y ejecución de políticas y programas, que respondan en forma efectiva a las necesidades de salud de la población. Sus principales problemas institucionales son: falta de una definición clara de su misión; sus múltiples funciones orientadas a la producción de bienes y servicios aislados de la competencia; su complicada organización, elevada centralización y burocratización; su falta de recursos y sistemas para la formulación de política, programación, establecimiento de normas, supervisión y control; y, la debilidad de su capacidad gerencial, de administración de recursos y asignación de responsabilidad a todos los niveles. Estos problemas limitan su capacidad de conducción del sector en el nivel nacional, así como su capacidad

de respuesta a las necesidades de salud de las comunidades locales y de gestión a nivel de las áreas de salud y de los establecimientos de servicios.

2. Financiamiento y gastos del sector

- 2.8 Los recursos presupuestarios disponibles al sector salud han sido históricamente bajos, pero además, su asignación interna ha sido ineficiente y poco equitativa. El gasto de MSPAS es tan bajo y sin dirección (hacia intervenciones con efectividad de bajo costo), que el impacto en condiciones de salud es pequeño. En términos de asignar gastos a poblaciones específicas de bajos ingresos, o a áreas geográficas de alta concentración de pobreza donde la presencia del gobierno es más necesaria, es allí donde menos se siente. En efecto, los efectos redistributivos del gasto gubernamental en salud son mínimos.
- 2.9 Los recursos públicos son mal asignados entre actividades favoreciendo las curativas en hospitales sobre las preventivas; geográficamente, concentrándose en la Región Metropolitana y favoreciendo el área urbana frente a la rural; duplicando inversiones y focalizando los subsidios y los mejores servicios en los grupos de población de mayores recursos; y entre rubros del gasto, favoreciendo el gasto en inversión física y personal sobre los insumos médicos esenciales y el mantenimiento de las instalaciones y equipo.
- 2.10 El monto de recursos presupuestarios asignados a salud no es consistente con los severos problemas de salud del país. Este problema se agravó durante proceso de ajuste de la economía en los años de los ochentas. Durante el período de 1980 a 1993, el gasto en salud del MSPAS redujo su participación en el PIB (de 1,9 a 0,9%) y en el gasto público total (de 12,5 a 9,0%). En términos reales el gasto per cápita en salud del MSPAS se redujo en 50% en ese período, siendo de cerca de US\$8,0 en los últimos años. El gasto per cápita en el primer nivel de atención fue de poco más de US\$2,0. Este monto es significativamente menor que un mínimo de US\$12,0 estimados para proveer un paquete mínimo de servicios básicos en el primer nivel de atención en un país de bajos ingresos ^{4/}.
- 2.11 Guatemala está entre los tres países de América Latina que asignan el menor porcentaje del PIB a salud; sin embargo, el gasto en salud como porcentaje de los gastos del gobierno se compara favorablemente con países de similar nivel de desarrollo. Esto es el reflejo de la baja participación de los ingresos del GOG en el PIB (menos de 10% durante los 1980). Se espera que esta participación aumente con la reforma fiscal en ejecución, pero no rápida ni

^{4/} El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 estima un costo promedio de US\$4 para las actividades de salud pública y de US\$8 para los servicios clínicos esenciales en un país de bajos ingresos (PIB per cápita < US\$635).

significativamente. El Plan del gobierno para 1991-96 (PLADES) reconoce la necesidad de asignar mayores recursos al sector y propone una meta de alcanzar un 2% del PIB para el gasto presupuestario en salud para 1996; las evaluaciones recientes de la situación y perspectivas económicas y fiscales estiman que esta sería una meta alcanzable para el año 2000. De los aumentos de los ingresos del gobierno depende la viabilidad política de la reorientación del gasto público en salud consistente con los objetivos de la política del gobierno.

- 2.12 Además de la baja disponibilidad de recursos del sector público, su asignación es poco equitativa e inconsistente con la naturaleza y gravedad de los problemas de salud en el país. En 1992, más del 70% del presupuesto del MSPAS se asignó a hospitales urbanos, mientras los recursos destinados a los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención son sumamente escasos. No existe entonces correspondencia entre la asignación de recursos y el perfil epidemiológico de la población en el cual las afecciones diarreicas, respiratorias, desnutrición y enfermedades infecciosas son las principales causas de enfermedad y muerte en casi todos los grupos étnicos. La reorientación en la asignación de los recursos del sector público es fundamental para responder a los problemas de salud. La alternativa de ampliar la cobertura y satisfacer las necesidades de salud de la población pobre, continuando con el patrón actual de desarrollo del sector, con su énfasis en servicios gratuitos de las instituciones públicas, tecnología de alto costo y servicios curativos basados en hospitales, no sería financieramente sustentable.
- 2.13 Aún con la baja disponibilidad de recursos del presupuesto por el MSPAS, su ejecución ha sido baja. A esto contribuyen las trabas legales y burocráticas del sector público y la baja capacidad administrativa del MSPAS. El proceso actual de preparación y ejecución del presupuesto resulta en retrasos y desperdicio de recursos del MSPAS. Los problemas son los siguientes: dada la falta de un sistema de seguimiento y evaluación del gasto por resultados, el proceso de ejecución del presupuesto es centralizado en el Ministerio de Finanzas Públicas (MFP) y estrictamente regulado para controlar traslados de recursos entre rubros y evitar malversación de fondos, esta rigidez se introduce desde la preparación del presupuesto asignándolo a numerosas unidades presupuestarias y un gran número de renglones específicos; el MSPAS también centraliza su papel en la preparación y ejecución presupuestaria: los mecanismos de asignación de recursos no tienen relación con los productos o desempeño de los servicios, sus niveles de ejecución no cuentan con información adecuada y, tiene muy poca capacidad de programación y administración de los recursos en sus niveles de Áreas y prestación de servicios, con excepción de los hospitales, lo que contribuye a sesgar aún más el gasto en relación a la asignación presupuestaria. El tratamiento de estos problemas requiere cambios en el marco regulatorio y procedimientos en el MINFIN que afectan a todo el sector público.

3. Sistemas de atención de salud

- 2.14 Actualmente, el modelo de atención del MSPAS no responde a las necesidades de la mayoría de la población. Sus principales características son: (i) marcada conducción centralizadora; (ii) desarticulación entre los niveles de atención institucional; (iii) predominio de acciones de tipo intramural; (iv) esquema medicalizado y preferentemente hospitalario; (v) énfasis en acciones de tipo predominantemente curativo; (vi) orientación de oferta de las prestaciones de salud, independientemente de la demanda, las diferencias en el perfil epidemiológico y en las condiciones étnicas y culturales de la población local y (vii) de alto costo, con utilización de complejas e inadecuadas tecnologías en relación con los problemas a resolver. Los resultados de la aplicación de este modelo de atención pueden verse en la organización del sistema de salud, la asignación de sus recursos y la situación de salud de la población.
- 2.15 La población rural tiene mucho menos acceso a los servicios de salud que los residentes urbanos. Se estima que más de dos tercios de la población rural no tiene acceso a los servicios esenciales de salud y de saneamiento ambiental. Los sistemas de atención en las zonas rurales son poco funcionales, los servicios tienen poca actividad fuera de los establecimientos de salud, los puestos y centros de salud carecen frecuentemente de equipo e insumos, personal básico y disciplina de trabajo y, los sistemas de referencia entre el primer y segundo nivel no funcionan.
- 2.16 Las autoridades de salud han aprobado recientemente un nuevo modelo de atención con el propósito de que este constituya el marco conceptual para guiar la reorientación de los servicios públicos de salud, la asignación de recursos y los programas de extensión de cobertura, en las áreas de salud del país.

4. Participación del sector privado

- 2.17 El deficiente desempeño de las instituciones públicas en mejorar las condiciones de salud de la población y la necesidad de liberar recursos presupuestarios de los servicios curativos para asignarlos a salud pública, proveen la racionalidad de buscar esquemas cooperativos de participación privada que mejoren la eficiencia, y efectividad del sistema de salud del país. Tradicionalmente, en Guatemala se ha interpretado que la declaración constitucional de la salud como un bien público significa que los servicios de salud deben ser proveídos gratuitamente por las instituciones públicas. Por su parte, las instituciones públicas no han visto potencial en la cooperación privada con o sin fines de lucro, mucho menos han considerado la participación del sector privado como oferente de servicios o administrador de instalaciones públicas usando sus recursos presupuestarios. Actualmente existen obstáculos legales e institucionales para la participación del sector privado en el financiamiento, la administración y la provisión de servicios de

salud, esto ha impedido hacer uso de los incentivos del mercado, introducir un mayor grado de competencia que estimule la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollar esquemas concretos (convenios, contratos de administración, etc.) para hacer uso del sector privado en la reasignación de recursos a los servicios básicos y la expansión de cobertura, así como mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

- 2.18 No obstante lo anterior, Guatemala tiene un sector privado muy activo en salud. Los servicios médicos privados con fines de lucro se concentran en la ciudad de Guatemala y están presentes en otras áreas urbanas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) tienen una presencia importante en algunas comunidades en varias partes del país. Por otra parte, existen algunas experiencias de cooperación pública-privada en la administración y provisión de servicios, que tienen potencial para contribuir significativamente a los objetivos del desarrollo del sector salud si se establece un marco legal y de incentivos adecuado para la participación del sector privado.

5. Hospitales

- 2.19 Los hospitales absorben una gran porción del gasto público debido a su ineficiencia en el uso de los recursos y la ausencia de mecanismos financieros alternos. En general, los hospitales del MSPAS se caracterizan por bajos niveles de medicamentos, mal mantenimiento, ausentismo crónico y una organización caótica en los servicios clínicos. Estas deficiencias contribuyen a que la mayoría de los guatemaltecos opinen que los hospitales del MSPAS proveen servicios médicos de baja calidad. Consecuentemente, la subutilización de estos hospitales prevalece a pesar de su buena accesibilidad geográfica.
- 2.20 Estudios básicos realizados en la preparación del Programa, demuestran que los sistemas internos de distribución de los medicamentos son defectuosos, resultando en una pérdida de más de un 30% de los gastos en suministros médicos. La falta de cumplimiento de las normas de compras y adquisiciones, resulta en que la mayoría de los establecimientos pagan de dos a cuatro veces el precio promedio internacional por suministros médicos y farmacéuticos. Además, se ha observado una gran variación en los costos unitarios entre los hospitales del mismo nivel de complejidad, lo que sugiere el uso ineficiente de los recursos. Los dos hospitales terciarios del MSPAS de 900 camas, Roosevelt y San Juan de Dios, representan un caso típico. El costo promedio de una consulta externa y un examen de laboratorio de un paciente ambulatorio en Roosevelt, representa solo una fracción del costo del mismo tipo de servicio en San Juan de Dios. Sin embargo, el costo de un parto normal en Roosevelt, es cinco veces más el costo que en San Juan de Dios. De la misma manera, grandes variaciones en los costos unitarios, también se han observado en muchos hospitales regionales de nivel secundario.

- 2.21 La falta de alternativas financieras, también contribuye a altos gastos públicos en los hospitales. Los hospitales del MSPAS recuperan menos del 1% del gasto por cobros a sus pacientes. Sin embargo, los hospitales de beneficencia pública, así como los NGOs, que sirven a la población de bajos ingresos, recuperan del 8 al 64% de los costos a través de cobros a sus pacientes. Encuestas hechas entre la población guatemalteca de bajos ingresos, demuestran el alto uso de servicios médicos privados por parte de esta población la cual a su vez manifiesta el deseo de pagar por servicios médicos.
- 2.22 La mala administración y la deficiencia en las prácticas presupuestarias contribuyen al uso ineficiente de los recursos. La estructura administrativa no conduce al control de costos, al aumento de la producción o al mejoramiento de su calidad. Los administradores hospitalarios no tienen la autoridad, los incentivos, el entrenamiento o la información necesaria para implementar los sistemas de control y de supervisión requeridos.
- 2.23 Como sucede en Guatemala, los presupuestos hospitalarios no son instrumentos efectivos para estimular la eficiencia y por el contrario ofrecen incentivos para "maximizar" y, en algunos casos, exceder el presupuesto. Los presupuestos son formulados en base a niveles de financiamiento histórico, presión política y profesional y de la disponibilidad de fondos. Criterios específicos, tales como costos y producción, no se contemplan en el proceso presupuestario. Hospitales ineficientes son frecuentemente recompensados con subsidios adicionales, mientras que otras instalaciones más eficientes y que generan excedentes presupuestarios, se les castiga al negarle el acceso a fondos que no se han utilizado. A pesar de su demostrada ineficiencia, los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios son un ejemplo de los que frecuentemente consiguen recursos adicionales del MSPAS, sobre sus asignaciones. Invariablemente, esto resulta en una reducción en la disponibilidad de recursos disponibles para otras instalaciones y servicios en el sistema.

III. EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

A. Objetivos

- 3.1 El objetivo global del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS) es mejorar la salud de la población a través de aumentos en la eficiencia y eficacia de los servicios del MSPAS. El logro de este objetivo requiere tanto de modificaciones institucionales y de política en el sector salud, como de cambios en el marco regulatorio y de procedimientos en la administración de recursos en el nivel del sector público. Estas ultimas están fuera del control de las autoridades de salud y como tal introducen elementos de modernización del estado, concentrando su aplicación en el sector salud.
- 3.2 El Programa busca redefinir el papel del MSPAS, reasignar los recursos y reorientar el sistema de atención de salud hacia la provisión universal de un conjunto básico de servicios para atender los principales problemas de salud de la población, mientras se trata de aumentar la productividad y la calidad de la provisión estos servicios.
- 3.3 La operación propuesta iniciaría una primera fase del proceso de modernización y fortalecimiento del sector el cual, probablemente, requerirá más de una década; por lo tanto, la operación crearía una plataforma para programas subsecuentes, condicionados a la ejecución satisfactoria del presente programa, que estarán dirigidos a reformas complementarias en el sector salud y en el sector publico en general.
- 3.4 Paralelamente a este Programa, el Banco Mundial está preparando una operación de cooperación técnica con el Ministerio de Finanzas Públicas para implantar un sistema integrado de administración financiera para el sector público el cual desarrollaría como caso piloto el sector salud. El Banco Mundial y el BID han colaborado en la preparación del Programa y están coordinando los elementos financieros del sector salud en sus respectivas operaciones.

B. Estructura y Componentes

- 3.5 El programa ha sido estructurado en 4 componentes que atienden los principales problemas del sector analizados en el Capitulo II, a saber: (a) **estructura institucional**, para mejorar la coordinación del sector, y fortalecer el MSPAS y mejorar su desempeño: (b) **financiamiento y asignación de recursos**, para aumentar el nivel del gasto publico, agilizar su ejecución, y reorientarlo a servicios de alta costo-efectividad; (c) **sistemas de atención**, para reorientar el modelo de atención y extender la cobertura de los servicios básicos de salud a través de proveedores privados, con énfasis en los grupos mas pobres; y (d) **servicios hospitalarios públicos**, para

mejorar la eficiencia y sustentabilidad financiera de la provisión de dichos servicios.

- 3.6 La amplitud y el alcance de los cambios administrativos, de política, y del modelo de atención requerida por el PMSS, obliga a dirigir la ejecución de unas acciones del PMSS en forma piloto en unas pocas áreas geográficas. Dichos programas piloto se ejecutarían en tres Departamentos, que a su vez corresponden a Áreas de Salud del MSPAS, a saber: Escuintla, Chiquimula, y Alta Verapaz. En estas Áreas se concentrarían varias actividades relacionadas con los siguientes componentes: (a) Reestructuración y fortalecimiento del MSPAS; (b) Financiamiento, asignación, y uso de recursos; y (c) Sistemas de atención.
- 3.7 A continuación se detallan los componentes específicos del programa propuesto, así como las medidas de política correspondientes, las cuales se presentan consolidadas en la Matriz de Política contenida en el **Anexo I** del documento.

1. Estructura institucional

- 3.8 Las deficiencias de las instituciones del sector público de salud en la formulación/ejecución de políticas y programas, definición de prioridades en las actividades de salud y en los servicios a los distintos grupos de población, uso de los recursos del sector público y definición del campo de acción del sector privado ha sido un factor determinante en el impacto limitado del sector en mejorar la situación de salud de la población. (Véase párrafos 2.6 - 2.7).

a. Coordinación del Sector

- 3.9 El objetivo de esta actividad es definir la organización institucional y el sistema de coordinación del sector. Esto incluye la definición del papel del MSPAS con respecto a otras instituciones y al sector privado en la formulación de políticas, la provisión y supervisión de servicios de salud, y la coordinación de las inversiones y programas del sector público, para mejorar la asignación de recursos del sector y la efectividad de sus servicios. Para tal fin, se promulgaría una la Ley que defina las funciones de las instituciones en el sector salud, establezca el mecanismo y la autoridad para coordinar los programas del MSPAS y el IGSS, y defina la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud. El programa incluye la presentación del proyecto de Ley de Coordinación al Congreso [primer tramo], su reglamentación [segundo tramo], y el establecimiento y funcionamiento del mecanismo de coordinación a nivel nacional [tercer tramo].

b. Reestructuración y fortalecimiento del MSPAS

- 3.10 El objetivo es fortalecer la capacidad institucional del MSPAS privilegiando su rol normativo en el sector y la desconcentración

administrativa en las áreas de salud. Esto comprende la ejecución de un plan de acción para la reestructuración y fortalecimiento institucional del MSPAS durante toda la ejecución del programa (i.e. asociado a los tres tramos) 5/. El plan de acción incluye: (a) la entrada en vigencia del proyecto de ley con modificaciones al Código de Salud y del Acuerdo Ministerial que definen los cambios inmediatos en la organización del MSPAS; (b) la suspensión de los nombramientos en el nivel central del MSPAS y aprobación de un programa para racionalización de su personal; (c) preparación de reglamento de operación del MSPAS que incluye la desconcentración administrativa en las tres áreas piloto de salud (Alta Verapaz, Escuintla y Chiquimula) 6/.

2. Financiamiento, asignación y uso de recursos

- 3.11 La reorientación en la asignación de los recursos del sector público --de servicios curativos en hospitales hacia servicios básicos en las áreas rurales y urbano marginales-- es un paso importante para responder a los problemas de salud de los grupos pobres y en mayor riesgo. Sin embargo, dado el bajo monto de recursos actualmente asignados al sector, las ganancias en eficiencia resultantes de dicha reorientación no serían suficientes para mejorar la calidad de la atención (véase párrafos 2.8 - 2.13).
- 3.12 Las actividades en este componente están dirigidas a aliviar estos dos problemas promoviendo el aumento del monto de recursos presupuestarios al sector y mayor eficiencia y equidad en el uso de recursos, a través de la reorientación del gasto público de salud y mejor ejecución del presupuesto del MSPAS.

5/ Las actividades de este componente, las cuales serán apoyadas con los recursos de la cooperación técnica asociada a esta operación, incluyen: (a) el establecimiento de una nueva organización con una estructura simplificada que responda al papel rector del sector del MSPAS, a la estrategia de desconcentración y reorientación de los sistemas de servicios de salud del sector y, a una concepción más moderna del papel del estado y la administración de la salud; (b) la descentralización o eliminación de sus unidades productoras de bienes y servicios de apoyo que pueden ser más eficientemente producidos o administrados por otros actores; (c) su desconcentración administrativa en las áreas de salud y sus establecimientos (en línea con la orientación de mayor participación de las comunidades y del sector privado en la administración y provisión de servicios) y la concentración de sus prioridades en los servicios básicos de salud; y (d) su fortalecimiento a través de la racionalización de su personal y mejoramiento de sus sistemas gerenciales y de administración de recursos, para mejorar su eficiencia a todos los niveles de su estructura técnico-administrativa y de sus establecimientos de salud. El Anexo II contiene un resumen de dicho plan de acción, mientras el Anexo III describe el programa de cooperación técnica.

6/ La desconcentración administrativa tiene como objetivo potenciar los cambios en el sistema de salud, mediante el mejoramiento de la capacidad para la administración de recursos y para la cooperación pública-privada, y poniendo la responsabilidad de programación y la provisión de los servicios más cerca de los beneficiarios de los programas y encargando su provisión progresivamente al sector no gubernamental. La desconcentración de las áreas y sus establecimientos de salud, unido a los cambios en los procesos de preparación y ejecución presupuestaria, posibilitará la ejecución de los programas de reorientación de los sistemas de atención y extensión de cobertura con participación privada propuestos por el Programa para estas áreas de salud.

a. Aumento y reorientación del presupuesto

- 3.13 Esta actividad trata de lograr un aumento en el nivel de financiamiento de los servicios básicos del sector así como el grado de ejecución del presupuesto del MSPAS. Una primera meta sería financiar el costo marginal del conjunto básico de servicios de salud, para el cual el Programa propone un aumento en términos reales del presupuesto total del MSPAS del 12% previo al primer tramo y 20% previo al segundo y tercer tramos. Mediante la reorientación del gasto público, estos aumentos se asignarían a financiar las actividades propuestas en la expansión de cobertura y el mejoramiento de los servicios básicos de salud.

b. Agilización de la ejecución presupuestaria

- 3.14 Adicionalmente a la baja disponibilidad de recursos del presupuesto para el MSPAS, su ejecución ha sido baja. A esto contribuyen las trabas legales y burocráticas en el sector público, la poca autonomía en la ejecución presupuestaria, y la baja capacidad administrativa del MSPAS.
- 3.15 Esta actividad trata de simplificar y agilizar la preparación y ejecución presupuestaria del MSPAS mediante medidas hacia la desconcentración de la administración de recursos en las tres áreas piloto de salud y establecimiento de metas de ejecución presupuestaria. Bajo el programa se ejecutaría un plan de acción que ajusta los sistemas de preparación, ejecución y control del presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN) y incluye: (a) la entrada en vigencia de Acuerdos Ministeriales que modifiquen las normas para el uso de los fondos privados de los establecimientos de salud y para la utilización de los fondos rotatorios, y establecen el renglón presupuestario para permitir a las áreas de salud contratar ONGs y otros proveedores privados de servicios básicos; y (b) adecuación de normas para presentación de un presupuesto simplificado al nivel central y de las tres áreas de salud piloto, reduciendo los renglones específicos y las unidades presupuestarias 7/.
- 3.16 El Programa también establece metas incrementales de ejecución de los montos asignados a las tres áreas de salud piloto (70% entre el primer y segundo tramo, 80% entre el segundo y tercer tramo del desembolso) y al MSPAS en su conjunto (80% entre el segundo y tercer tramo del desembolso). El programa también monitorea la composición de estos gastos, enfatizando inversiones en saneamiento y programas prioritarios en salud en las tres áreas piloto y previniendo transferencias del Programa Preventivo (servicios curativos y preventivos del primer nivel) hacia el Programa Curativo (servicios hospitalarios) [segundo y tercer tramos].

7/ La ejecución del programa de administración financiera integral del MINFIN apoyado por el Banco Mundial y del programa de fortalecimiento institucional del MSPAS contribuirá también a reducir estos problemas.

3. Sistemas de atención

- 3.17 El sistema de atención de salud del país tiene un énfasis centralizado, hospitalario y curativo, los resultados de cuya aplicación han incidido en la organización del sistema de salud, la asignación de sus recursos y la situación de salud de la población (véase párrafos 2.14 - 2.18). Recientemente, como una de las acciones del Programa, las autoridades de salud han aprobado modificaciones al modelo de atención con el propósito de que este constituya el marco conceptual para guiar la reorientación de los sistemas de servicios de salud y los programas de extensión de cobertura, en las áreas de salud 8/. Este componente comprende la reorientación de los sistemas de atención de salud para extender la cobertura del conjunto básico de servicios 9/ de salud y saneamiento ambiental a la población pobre en tres áreas de salud, con participación del sector no-gubernamental en la provisión de servicios.

a. Reorientación de los sistemas de atención en las áreas de salud

- 3.18 La acción más importante en la estrategia de salud de Guatemala en el corto plazo debe ser la canalización de los recursos financieros públicos para asegurar que la población recibe un conjunto básico de servicios públicos y clínicos de salud. Las actividades del Programa tienden a definir y adaptar este conjunto básico de servicios y a introducir los cambios requeridos en el sistema de atención de salud en las tres áreas de salud piloto (Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz). Este programas piloto constituirán la base de la programación-evaluación y ajustes del sistema propuesto 10/.
- 3.19 La cooperación técnica paralela a esta operación financiera actividades vinculadas al diseño final del sistema en cada área, la promoción de la participación local, los sistemas de seguimiento y evaluación del proyecto, la capacitación de personal comunitario y el equipo e insumos básicos para este personal. Al mismo tiempo, en estas áreas se introducirán las reformas institucionales y financieras que permitirán la desconcentración administrativa, la reorientación de los recursos en los sistemas de servicios de salud, y la ejecución de los esquemas de cooperación

8/ Los lineamientos del nuevo modelo de atención de salud definido por el gobierno favorecen: (a) las acciones de fomento y autocuidado de salud y la prevención de las enfermedades; (b) la adecuación de las actividades de salud al perfil epidemiológico y a las condiciones socioculturales locales; (c) la selección de un conjunto mínimo de intervenciones en salud de mayor eficacia en función de los costos y que tiendan a asegurar la satisfacción de los usuarios; (d) la priorización de acciones de tipo ambulatorio y domiciliario; (e) la utilización de equipos locales de salud para proveer los servicios (ej. auxiliar de enfermería, promotoras de salud, técnicos de salud rural) y (f) la participación del sector privado en la provisión de los servicios.

9/ Este conjunto mínimo incluye tanto programas de salud pública, como servicios clínicos esenciales.

10/ La población de estos Departamentos es de aproximadamente 1,6 millones de habitantes de los cuales el 70% se encuentran en condición de pobreza extrema.

pública/privada que darán eficiencia y mayor sustentabilidad financiera a la extensión de cobertura a la población pobre.

- 3.20 Como parte del programa, se ejecutaría un plan de acción para reorientar los servicios de salud en las tres áreas, el cual incluye: (a) la definición del conjunto de servicios esenciales de salud; (b) el diseño del sistema de provisión de esos servicios, incluyendo la capacitación de recursos humanos para los equipos locales de salud, el mejoramiento de la infraestructura física y del equipo mínimo en el nivel de puestos y centros de salud, así como del sistema de abastecimiento de insumos médicos en ese nivel; (c) la definición de las actividades de las instituciones públicas y del sector privado; (d) el esquema de ejecución del proyecto; y (e) el sistema de seguimiento y evaluación.

b. Participación del sector privado

- 3.21 El objetivo de este subcomponente es aliviar al sector público de actividades productoras y lograr ganancias significativas en eficiencia, calidad, y cobertura en el sector salud en el mediano plazo, a través del establecimiento de esquemas colaborativos entre el sector público y privado. El desarrollo de estos esquemas se basa en la experiencia exitosa en Guatemala (p. ej., ONGs en salud) y capacidad de la actividad privada existente en el sector salud del país. (véase párrafos 2.16-2.17)
- 3.22 Las actividades propuestas en el Programa tratan de: establecer el marco regulatorio para la actividad privada en el sector, y fortalecer los programas de reorientación de los servicios y extensión de cobertura con esquemas de provisión privada e introduciendo elementos de competencia en los servicios públicos de salud. El diseño y ejecución de estas actividades sería apoyado con recursos de la cooperación técnica paralela a esta operación.
- 3.23 **Marco regulatorio.** Para potenciar la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud, el Programa incluye la entrada en vigencia de una Ley de Asociaciones que facilite la formación de asociaciones y entidades públicas-privadas por distintos grupos, incluyendo las comunidades, para que puedan acceder a fuentes de financiamiento de compensación social y ejecutar programas de salud.
- 3.24 **Extensión de cobertura en comunidades rurales.** Para ampliar la participación de las comunidades, cooperativas y otras ONGs en la provisión de servicios básicos de salud, se ejecutarán convenios con asociaciones, comunidades y municipios para la administración de centros y puestos de salud; contratación por comunidades de oferentes privados para la provisión del conjunto básico de servicios de salud; contratación de ONGs por el MSPAS para la provisión de servicios en determinadas comunidades; y organización de comunidades y municipios para preparar y ejecutar programas de

salud y saneamiento ambiental con recursos del FIS 11/. Las condiciones del Programa requieren convenios entre el MSPAS y el FIS, y entre el MSPAS y las ONGs (al menos ocho antes del tercer tramo), así como el establecimiento del sistema de seguimiento y evaluación.

- 3.25 **Servicios de salud a trabajadores agrícolas.** Para acelerar la extensión de cobertura de servicios básicos de salud y saneamiento ambiental a los trabajadores de las plantaciones y a sus familiares 12/, se ejecutarán esquemas de provisión por ONGs del conjunto básico de servicios de salud y financiamiento compartidos entre los patronos y el MSPAS. El Programa requiere la ejecución de un plan de acción para establecer un programa piloto de afiliación de empresas agrícolas en Alta Verapaz a planes privados de servicios básicos de salud, incluyendo la aprobación de proyectos pilotos y firma de convenios para cubrir al menos 10 fincas con mayor de 250 trabajadores, usando dos o más proveedores diferentes.
- 3.26 **Servicios de salud para trabajadores del sector informal urbano.** Esta actividad tiene como propósito preparar un proyecto demostrativo para cubrir un segmento del sector informal urbano del país, integrado principalmente por los microempresarios, empleados, y sus familias 13/. Las actividades se desarrollarán en la Ciudad de Guatemala y se componen de dos elementos: (a) asociaciones credenciarias dentro de las cuales se encuentran reunidos los demandantes potenciales del servicio, y (b) grupos organizados de oferentes (médicos, clínicas u hospitales) quienes proveerían los servicios de salud 14/. El Programa requiere la ejecución de estudios de demanda de salud de los microempresarios y sus empleados y de mercado de proveedores y planes de prepago de salud en la Ciudad de Guatemala, y la preparación del diseño y plan de acción para desarrollar un proyecto piloto en una etapa posterior.

11/ Estos proyectos se realizarán en las tres áreas de salud piloto y se financiarían con recursos del gobierno a través de la jefatura de área del MSPAS o del FIS con participación de las comunidades o municipios y serían también apoyados con recursos de la cooperación técnica paralela a esta operación.

12/ Esta población se estima en cerca de 800 mil personas, es en parte indígena y migrante que labora en las plantaciones, mayormente localizadas en la Costa, durante los periodos de siembra y cosechas de los principales cultivos, y carece de acceso a servicios básicos de salud.

13/ Se estima que el sector informal guatemalteco representa un cuarta parte e la población económicamente activa y contribuye en un 34% al PIB.

14/ En Guatemala existen varias asociaciones de microempresarios y por lo menos dos planes de prepago que están interesados en participar en este proyecto. El papel principal de las asociaciones de microempresarios es de formar grupos de riesgos de demandantes de servicios de salud y de canalizar las cuotas o primas a organizaciones de oferentes (tipo "HMO"). Estos últimos serían contratados por la asociación de microempresarios y recibiría una pago per cápita por cada afiliado. Se exploraría la posibilidad de que el MSPAS subsidie dicha prima ("subsidio a la demanda") para los afiliados de bajos ingresos.

4. Servicios Hospitalarios Públicos.

- 3.27 El gasto en servicios curativos en los hospitales públicos absorben cerca del 70% del gasto en servicios de salud del MSPAS; a pesar de esto, la utilización de estos establecimientos es sumamente baja en parte porque la calidad de sus servicios ha ido en creciente deterioro. A la vez los hospitales se caracterizan por la baja eficiencia en el uso de servicios y despilfarro (véase párrafos 2.18 - 2.22). Esta situación crea un clima de apoyo político en los grupos urbanos para resolver las frecuentes crisis de los hospitales, a través de una reasignación de recursos en detrimento de los gastos en servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.
- 3.28 Las acciones propuestas en esta actividad están orientadas al mejoramiento de la eficiencia, calidad de la atención y sustentabilidad financiera de los servicios hospitalarios, estableciendo su autonomía administrativa y limitando el uso de recursos presupuestarios para financiar sus servicios. Estas incluyen: el establecimiento de la autonomía administrativa en favor de entidades privadas no lucrativas (ej. consejos, asociaciones), la implantación de sistemas de recuperación de costos que incluye protección a los pobres; establecimiento de sistemas de transferencias de recursos presupuestarios que incorporen incentivos económicos en el uso y asignación de recursos; apoyo gerencial a la administración; la implantación de sistemas de compra, adquisición, y distribución de medicamentos, el establecimiento de efectivos sistemas de control de calidad, y la contratación de servicios de apoyo. La mayor participación del sector privado en la administración y financiamiento de los hospitales permitirá la liberación en el margen de recursos presupuestarios para ser asignados a los servicios básicos de salud.
- 3.29 Bajo el programa se ejecutará antes del segundo tramo un plan de acción para establecer proyectos pilotos en al menos un hospital nacional y un hospital de los ubicados en las tres áreas de salud, el cual incluye: entrada en vigencia de un Acuerdo Gubernativo modificando los criterios y procedimientos para la fijación de tarifas en los establecimientos de salud; formalización de convenios entre las entidades administrativas de los dos hospitales seleccionados y el MSPAS y MINFIN; aprobación de modificaciones a normas vigentes para la formación y operación de estructuras administrativas. Antes del tercer tramo se tendrá, adicionalmente, proyectos pilotos en dos hospitales adicionales de la red nacional.
- 3.30 Durante la ejecución del programa se iniciará el proceso de relocalización del personal, y cambiar gradualmente el mecanismo de transferencia de recursos del presupuesto. Antes del segundo tramo se establecerá un techo presupuestario para todos los hospitales; Antes del tercer tramo, se diseñará el presupuesto de los hospitales con administración autónoma para que se refleje el costo

de los servicios; y posteriormente se preparará un diseño de un sistema de pago que refleje el producto de los servicios. Al final del Programa se habrán establecido la administración de entidades autónomas y sistemas de recuperación de costos en cuatro hospitales y se habrá avanzado en el establecimiento de los sistemas gerenciales y de control, en la reorganización de los servicios médicos y en el sistema de pago para la transferencia de los subsidios del gobierno.

C. Programa de cooperación técnica

- 3.31 El programa de cooperación técnica paralela a esta operación encuentra su racionalidad en la naturaleza de las reformas propuestas en el Programa, en las limitaciones legales y en la baja capacidad inicial del sector público y privado para ejecutar las acciones propuestas.
- 3.32 El programa de actividades propuesto es substancial. Por su parte el MSPAS y sus establecimientos de salud, no cuentan actualmente con el personal, recursos y sistemas de gestión adecuados para ejecutar razonablemente las nuevas funciones y actividades propuestas en el Programa. La introducción de los cambios propuestos en el Programa para lograr el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector público y el mejoramiento de sus servicios, enfrenta los problemas de disponibilidad de recursos humanos y financieros, falta de flexibilidad para usar recursos presupuestarios y rigideces en la administración de personal en términos normativos y de resistencia sindical para racionalizar su personal y contratar profesionales con las calificaciones necesarias a sus nuevas funciones. Esto es más significativo si se considera el alcance del proceso de reorganización institucional, y de descentralización del MSPAS. Lo anterior resulta en necesidades significativas de cooperación técnica para contratar firmas consultoras y agencias especializadas que apoyen el proceso de cambio en el sector público y privado, y para iniciar el fortalecimiento de las instituciones y la ejecución de los programas de extensión de cobertura a través de capacitación de personal y contratación de consultores locales por un período entre uno y dos años, mientras se realizan los cambios de política que permitan ir sustituyendo esos recursos con los provenientes del presupuesto.
- 3.33 El período de ejecución de la cooperación técnica será de tres años. Los recursos serían destinados a financiar consultorías (mayormente nacionales) equipo e insumos para apoyar lo siguiente: (a) reorganización del MSPAS, incluyendo diseño y apoyo en la ejecución de los planes de reorganización, descentralización y fortalecimiento técnico/administrativo del MSPAS, en tres Departamentos; (b) reorientación en la provisión de servicios de salud, que incluye la extensión de cobertura, el diseño y ejecución de un nuevo modelo de atención, la promoción y apoyo técnico a la formación de entidades no-gubernamentales para la provisión de servicios; y el diseño seguimiento y evaluación de proyectos que

hacen uso del sector privado para la provisión de servicios básicos de salud; (c) el fortalecimiento de hospitales públicos, que incluye el establecimiento de administraciones autónomas y el apoyo a su gestión en los programas de mejoramiento de la eficiencia y calidad de la atención en los hospitales seleccionados.

- 3.34 La contratación de firmas consultoras y agencias especializadas dará preferencia a agencias locales con el objeto de dejar experiencia acumulada en el país. Asimismo, las actividades de las consultoras incluyen un fuerte componente de capacitación de su contraparte nacional y de personal en las instituciones del sector. Uno de los criterios para la evaluación del desempeño de las firmas será la calidad de la capacitación que de al personal local. El **Anexo III** amplía la descripción y presenta los costos del programa de cooperación técnica.

D. Resultados Esperados

- 3.35 Al finalizar el programa se espera contar con los siguientes resultados básicos: (a) se habrá avanzado en la modernización institucional estableciendo el marco legal y los esquemas de coordinación del sistema de salud, reestructurado y desconcentrado parcialmente el MSPAS y; (b) se habrán aumentado los recursos presupuestarios para el MSPAS, reorientándolos a servicios básicos de salud y saneamiento ambiental. (c) se habrá reformado el sistema de atención de salud reasignando los recursos a la provisión universal del conjunto básico de servicios en tres Departamentos del país, y en estas áreas estarán funcionando esquemas de cooperación público-privada y de participación de las comunidades en la provisión de servicios, enfocándose en poblaciones específicos; (d) se habrá establecido la capacidad en el sector público para desarrollar estrategias y programas efectivos y una mayor capacidad de ejecución en el sector público y en las ONGs en el nivel local; (e) se habrá mejorado la desempeño de servicios hospitalarios en al menos un hospital nacional y tres regionales, creando nuevas estructuras administrativas, estableciendo sistemas de recuperación de costos y venta de servicios a terceros, contratando servicios de apoyo al sector privado, y implantando sistemas efectivos de control interno.
- 3.36 Esencialmente, el éxito será medido de acuerdo a que bien el PMSS se conforma a objetivos mas generales relacionados a eficiencia, equidad, calidad y sustentabilidad financiera. El Cuadro 1 expone el impacto pronosticado de grandes actividades del PMSS en dichos objetivos. Por diseño, muchas de las actividades discuten por lo menos dos objetivos.

CUADRO I
IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA EN SUS OBJETIVOS

COMPONENTE	SUBCOMPONENTES ACTIVIDADES PRINCIPALES	OBJETIVOS			
		Extensión de Cobertura a poblaciones de bajo ingreso	Eficiencia de Asignación	Eficiencia Técnica	Sustentabilidad Financiera
I ESTRUCTURA INSTITUCIONAL	A. COORDINACION DEL SECTOR -Definición del papel de cada subsector	--	X	--	X
	B. REESTRUCTURACION Y FORTALECIMIENTO DEL MSPAS -Reorganización administrativa -Desconcentración	-- X	-- X	XX XX	-- X
II FINANCIAMIENTO, ASIGNACION Y USO DE RECURSOS	A. AUMENTO, REORIENTACION Y EJECUCION DEL PRESUPUESTO -Aumento presupuestario -Reorientación de recursos	XX XX	XX --	X --	XX --
	B. AGILIZACION DE LA EJECUCION PRESUPUESTA -Desconcentración y flexibilización de los flujos financieros	X	XX	XX	--
III SISTEMAS DE ATENCION	A. REORIENTACION DE LOS SISTEMAS DE ATENCION EN LAS AREAS -Aplicación de un paquete básico -Aplicación de modalidades de organización y provisión	-- XX	XX XX	X --	XX XX
	B. PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO -Extensión de cobertura: comunidades rurales y trabajadores agrícolas -Servicios básicos para el sector informal urbano	XX XX	XX XX	XX XX	X X
IV SERVICIOS HOSPITALARIOS PUBLICOS	A. MEJORAMIENTO DE LA EFICIENCIA, CALIDAD, Y SUSTENTABILIDAD -Estructuras públicas-privadas de Administración Hospitalaria	--	--	XX	--
	-Recuperación de costos	--	--	XX	XX
	-Contratación al sector privado servicios de apoyo	--	--	XX	X
	-Sistemas de mejoramiento de eficiencia y calidad	--	--	XX	X

XX: Impacto significativo
X: Impacto moderado
--: Impacto no significativo

IV. FINANCIAMIENTO Y EJECUCION DEL PROGRAMA

A. Financiamiento del programa

- 4.1 El PSS se financiaría con US\$25 millones del capital ordinario del Banco (CO) con cargo a la Facilidad de Financiamiento Intermedio (FFI). El programa está estructurado en tres tramos, que serán desembolsados según la estructura siguiente: un primer tramo de US\$10 millones, un segundo tramo de US\$5 millones (tentativamente en el tercer trimestre de 1996) y un tercer tramo de US\$10 millones (tentativamente en el tercer trimestre de 1997). Teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de las reformas que deben llevarse a cabo en el marco del programa, se recomienda un período de desembolso de tres años para hacer frente a circunstancias imprevistas que puedan retrasar su puesta en práctica.
- 4.2 Las condiciones de financiamiento del préstamo propuesto son: amortización en 20 años con un período de gracia de cinco años; tasa de interés igual a la tasa variable estándar del Banco, excepto que el pago de una parte de los intereses adeudados, hasta un máximo del 5% anual del saldo del préstamo, debe provenir de los recursos de la cuenta de FFI; comisión de crédito del 0,75% anual sobre los saldos no desembolsados y comisión de inspección y vigilancia del 1% del monto total del préstamo. Los desembolsos que se efectúe en virtud del préstamo dependen del cumplimiento de las condiciones específicas de cada tramo. Los desembolsos del préstamo se efectuarían a través de una cuenta especial en el Banco Central de Guatemala (BANGUAT) que se abrirá y operará de una manera satisfactoria para el Banco.

B. Realización del programa y ejecución del proyecto

1. Organismo ejecutor

- 4.3 El Gobierno de Guatemala sería el prestatario del préstamo propuesto. El Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN), en coordinación con el MSPS, será el responsable de la ejecución del programa. MINFIN será el organismo ejecutor encargado de los desembolsos del proyecto, es decir, las importaciones autorizadas que realicen los sectores público y privado de Guatemala de bienes de los países miembros del Banco. La supervisión de la operación estará a cargo del equipo de proyecto, en coordinación con la Representación del Banco en Guatemala.

2. Desembolso, adquisiciones y financiamiento retroactivo

- 4.4 Los ingresos provenientes del préstamo serán utilizados para financiar el costo F.O.B. de las importaciones autorizadas, o el costo C.I.F. cuando se incluya el flete. El desembolso de los tramos se efectuará contra la presentación de la documentación de las importaciones que proporcione el MINFIN, que será responsable

de la coordinación y recopilación de la documentación pertinente y de la preparación y presentación de las solicitudes de retiro en el marco del préstamo. La documentación de las importaciones permanecerá en custodia en el MINFIN, a disposición del personal autorizado del Banco y de los auditores.

- 4.5 Las adquisiciones de bienes con fondos provenientes del préstamo se efectuarán de acuerdo con los procedimientos normales del Banco. Cuando se trate de montos que superen los US\$5 millones, será necesario convocar a una licitación pública internacional. En el caso de petróleo y sus derivados, una misión del Banco para verificar adquisiciones, realizada en noviembre de 1992, constató que pese a que las importaciones provenientes de algunos países proveedores que superaban los US\$5 millones no se ceñían estrictamente a los procedimientos establecidos por el Banco, cumplían, sin embargo, con prácticas comerciales aceptables y se llevaban a cabo de manera eficiente a precios de mercado (para entrega inmediata). Esta situación es comparable a aquellas que el Banco enfrenta en otras operaciones de ajuste sectorial. Basándose en las recomendaciones del informe sobre adquisiciones antes mencionado, se recomienda que no se exija el requisito de licitación pública internacional para las importaciones de petróleo y sus derivados, siempre que dichas importaciones procedan de un país miembro del Banco y que los pagos se efectúen dentro del período del préstamo (véase el párrafo 4.7).
- 4.6 En relación con costos inferiores a US\$5 millones, las adquisiciones por parte del sector público se efectuarán de acuerdo con los procedimientos nacionales establecidos, siempre que sean coherentes con las políticas de adquisiciones del Banco. Las compras por montos más pequeños por parte del sector privado se realizarán de conformidad con las prácticas comerciales aplicables y, cuando sea posible, basándose en cotizaciones proporcionadas por proveedores de, por lo menos, dos países miembros del Banco.
- 4.7 Los desembolsos del préstamo propuesto seguirán las políticas establecidas por el Banco en relación con los préstamos sectoriales, los cuales reconocen los gastos autorizados para financiamiento retroactivo hasta seis meses antes de la fecha de vigencia del contrato de préstamo. Con el monto total del financiamiento retroactivo limitado al 50% del monto total del Préstamo. La fecha del gasto, con fines de aplicación de esta condición debe ser la fecha del valor (o un concepto similar) de la remesa de fondos al proveedor extranjero.

3. Registros, auditoría y control

- 4.8 Para cada desembolso, el organismo ejecutor del proyecto proporcionará la documentación que indique los bienes importados durante cada período, el país de origen y la fecha y valor de la transacción, de manera que los gastos puedan ser reembolsados por el Banco. Con fines de contabilidad y control de estas transacciones, el prestatario debe abrir una cuenta en el BANGUAT, mantener

registros de contabilidad del proyecto, preparar y someter las solicitudes de desembolsos, presentar las listas de las transacciones que se consideren autorizadas y llevar toda la documentación pertinente.

- 4.9 El prestatario debe presentar al Banco, dentro del período de 90 días posterior al último desembolso de cada tramo, un estado de cuenta sobre ese tramo, preparado de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco y debidamente verificado por una empresa de contadores públicos independientes designada por el prestatario y aceptada por el Banco.

4. Inspección y vigilancia

- 4.10 El Banco deberá establecer los procedimientos de inspección necesarios para asegurar la ejecución satisfactoria del programa. Con este fin, el prestatario deberá proporcionar toda la cooperación que sea necesaria. Asimismo, del monto del financiamiento se destinará la suma equivalente de US\$250.000 para que ingrese al Banco por concepto de inspección y vigilancia.
- 4.11 El prestatario y el Banco celebrarán reuniones, a solicitud de cualquiera de ellos, para intercambiar puntos de vista sobre los avances logrados en la puesta en marcha del programa y en el cumplimiento de las condiciones establecidas para efectuar los desembolsos correspondientes a cada tramo, así como sobre la coherencia que exista entre el marco de política económica y el programa. Con este fin, el prestatario acuerda proporcionar al Banco, antes de cada reunión, para que el Banco realice un análisis y formule sus comentarios, un informe que contenga el nivel de detalle que el Banco considere razonable solicitar y que dé cuenta del avance del programa y del cumplimiento de las mencionadas condiciones.

5. Condiciones del préstamo y programación de los desembolsos

- 4.12 Durante la puesta en práctica del programa se requerirá mantener condiciones macroeconómicas apropiadas como condición previa a todos los desembolsos del préstamo. Tal como se señalara, el gobierno ha firmado un Acuerdo Sombra con el FMI para 1995. Después de esta fecha, el Banco considerará con el FMI las medidas que resulten adecuadas para efectuar el seguimiento del comportamiento macroeconómico.
- 4.13 Las condiciones específicas que deben alcanzarse antes de proceder a efectuar los desembolsos correspondientes al primer, segundo y tercer tramos en cada aspecto del programa se resumen como sigue:

Condiciones previas al primer tramo:

- a) Presentar al Congreso un proyecto de Ley de Coordinación del Sector Salud que define las instituciones que configuran el sistema nacional de salud, el rol de las instituciones públicas

y privadas, y el mecanismo para coordinar los programas de inversión y operativos del sector.

- b) Ejecución del plan de acción para la reestructuración y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: (i) la presentación al Congreso de la República del proyecto de ley con modificaciones al Código de Salud; (ii) entrada en vigencia del Acuerdo Ministerial que modifica el Reglamento del MSPAS, en su nivel central y las tres áreas de salud, incluyendo la desconcentración; (iii) suspensión de los nombramientos en el nivel central del MSPAS; (iv) inicio de operaciones de la unidad coordinadora de transición del programa conforme a los términos acordados con el Banco.
- c) Aprobación por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS que contiene: (i) un aumento del 12% en términos reales sobre el asignado para 1995; y (ii) reorientación del gasto hacia servicios básicos de salud.
- d) Ejecución del plan de acción para simplificar y flexibilizar la preparación y ejecución del presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: (i) entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que modifique las normas para el uso de los fondos privados de los establecimientos de salud, y para la utilización de los fondos rotatorios y su reintegro; (ii) entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que establece el renglón presupuestario para permitir a las áreas de salud contratar ONGs y otros proveedores privados de servicios básicos; y (iii) ejecución de las normas para presentación de un presupuesto simplificado a el nivel central y de las tres áreas de salud, reduciendo los renglones específicos y las unidades presupuestarias.
- e) Acuerdo sobre un plan de acción para reorientar los servicios de salud en las tres áreas de salud, incluyendo inter alia: (i) cambios al modelo de atención; (ii) definición del conjunto mínimo de servicios; (iii) aprobación de esquemas de participación de la comunidad y ONGs; y (iv) definición del sistema de seguimiento y evaluación.
- f) Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas público/privada de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: (i) aprobación del plan de acción para las tres áreas de salud; (ii) firma del convenio de cooperación entre el MSPAS y el FIS; (iii) aprobación por el MSPAS y el MINFIN de los formatos de convenio entre el MSPAS y las ONGs; y, (iv) propuesta del contenido de una ley para facilitar la participación de proveedores privados en los servicios de salud (Ley de Asociaciones).

- g) Acuerdo sobre un plan de acción para establecer un programa piloto de afiliación de empresas agrícolas en Alta Verapaz a planes privados de servicios básicos de salud.
- h) Aprobación por el Banco de términos de referencia para diseñar y establecer proyectos pilotos en los cuales se desarrollan y experimentan con opciones con respecto al establecimiento de estructuras administrativas públicas-privadas que tengan los incentivos y autoridad para estimular mayor eficiencia y calidad (ej. consejos administrativos, ONGs u otras formas de asociación).

Condiciones previas al segundo tramo:

- a) Puesta en vigencia del Reglamento de Coordinación del Sector.
- b) Ejecución del plan de acción para reestructuración y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia el inicio de operaciones de la Unidad Coordinadora del Programa conforme a los términos acordados con el Banco.
- c) Aprobación por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS para el año subsiguiente que contiene: (i) un aumento de 20% en términos reales sobre el asignado para el año inmediato anterior; y (ii) reorientación del gasto hacia servicios básicos de salud.
- d) Ejecución satisfactoria y no menor del 70% del monto del presupuesto del MSPAS del período entre el 1o. y 2o. desembolso del programa, asignado para las tres áreas de salud (de acuerdo a la estructura acordada con el Banco), incluyendo: (i) eliminación de transferencias del Programa Preventivo hacia el Programa Curativo; y, (ii) ejecución de las inversiones en saneamiento y programas prioritarios de salud en las tres áreas de salud.
- e) Ejecución del plan de acción para simplificar y flexibilizar la preparación y ejecución del presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: la evaluación (y de ser necesario modificación) de la funcionalidad de las normas que rigen la ejecución del presupuesto.
- f) Ejecución del plan de acción para reorientar los servicios de salud en las tres áreas de salud en base al calendario y metas acordadas con el Banco.
- g) Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas de público/privada de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados por el Banco incluyendo inter alia la presentación al Congreso del Proyecto de Ley de Asociaciones.

- h) Ejecución del plan de acción para la prestación de servicios de salud a los trabajadores agrícolas de Alta Verapaz por el MSPAS, incluyendo inter alia la preparación de términos de referencia para diseñar el programa y la encuesta a las fincas y sus poblaciones en Alta Verapaz.
- i) Aprobación por el Banco de los términos de referencia para (i) hacer estudios de demanda de salud de los microempresarios y sus empleados y cooperativas de ahorro y crédito en la ciudad de Guatemala; y (ii) hacer un estudio del mercado de proveedores y planes de prepago de salud en la ciudad de Guatemala.
- j) Ejecución del plan de acción para establecer proyectos pilotos en al menos un hospital nacional y un hospital de los ubicados en las tres áreas de salud, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: (i) entrada en vigencia de un Acuerdo Gubernativo modificando los criterios y procedimientos para la fijación de tarifas en los establecimientos de salud; (ii) formalización de convenios entre las entidades administrativas de los dos hospitales seleccionados y el MSPAS y MINFIN; y (iii) aprobación de modificaciones a normas vigentes para la formación y operación de estructuras administrativas.

Condiciones previas al tercer tramo:

- a) Inicio de operaciones del Gabinete Setorial de Salud y de los mecanismos de coordinación.
- b) Ejecución del plan de acción para reestructuración y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia: (i) entrada en vigencia de las modificaciones al Código de Salud; (ii) preparación de un proyecto de reglamento de la organización del MSPAS, incluyendo la delegación de la administración de los recursos financieros y humanos (excepto nombramientos) en el nivel de las tres áreas de salud; (iii) aprobación por el MSPAS de un programa para racionalización de su personal.
- c) Aprobación por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS para el año subsiguiente que contiene: (i) un aumento de 20% en términos reales sobre el asignado para el año inmediato anterior; (ii) reorientación del gasto hacia servicios básicos de salud; y, (iii) creación de un fondo de retiro anticipado para viabilizar el programa de racionalización del personal del MSPAS.
- d) Ejecución satisfactoria y no menor del 80% del monto del presupuesto del período entre el 2o. y 3er. desembolso del programa, asignado para el MSPAS en su conjunto y para las tres áreas de salud (de acuerdo a la estructura acordada con el Banco), incluyendo: (i) eliminación de transferencias del

Programa Preventivo hacia el Programa Curativo; y (ii) ejecución de las inversiones en saneamiento y programas prioritarios de salud en las tres áreas de salud.

- e) Ejecución del plan de acción para simplificar y flexibilizar la preparación y ejecución del presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordadas por el Banco, incluyendo inter alia la evaluación (y de ser necesario modificación) de las normas que rigen la ejecución del presupuesto.
- f) Ejecución del plan de acción para reorientar los servicios de salud en las tres áreas en base al calendario y metas acordadas con el Banco.
- g) Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas público/privada de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados por el Banco, incluyendo inter alia: (i) la firma de al menos ocho (8) convenios con ONGs para la prestación de servicios; (ii) establecimiento del sistema de seguimiento y evaluación; y (iii) entrada en vigencia de la Ley de Asociaciones.
- h) Ejecución del plan de acción para la prestación de servicios de salud a los trabajadores agrícolas de Alta Verapaz, por el MSPAS en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo inter alia la aprobación de proyectos pilotos y firma de convenios para cubrir al menos 10 fincas con mayor de 250 trabajadores, usando dos o más proveedores diferentes, en base a los estudios previamente realizados.
- i) Acuerdo sobre el diseño y implantación de un proyecto piloto de cobertura del sector informal urbano en base a los estudios previamente realizados.
- j) Ejecución del plan de acción, en base al calendario y metas acordados con el Banco para: (i) establecer proyectos pilotos en al menos un hospital nacional y un hospital de los ubicados en las tres áreas seleccionadas, incluyendo inter alia el establecimiento de sistemas de contribución a los costos y ejecución del programa de racionalización de personal en estos hospitales.; y (ii) establecer proyectos pilotos en dos hospitales adicionales de la red nacional, incluyendo inter alia la firma de convenios entre las unidades administrativas de dichos hospitales y el MSPAS y MINFIN.

6. Programa de cooperación técnica

- 4.14 El objetivo principal de la cooperación técnica consiste en apoyar la preparación y ejecución de los cambios organizativos, financieros, y en los sistemas de provisión contemplados por el PMSS. Objetivos específicos incluye la provisión de apoyo técnico y administrativo a la reestructuración y desconcentración del MSPAS,

la ejecución del paquete básico de servicios, la focalización de servicios a grupos pobres, la contratación de servicios básicos al sector privado, y el mejoramiento del desempeño de la red hospitalaria del MSPAS. El costo total del programa se estima en US\$15.5 millones (incluyendo US\$13.5 millones de recursos financiados por el BID); el Plan de Operaciones correspondiente se presenta detallado en el Anexo III.

4.15 La Cooperación Técnica incluye los siguientes componentes:

1. Una Unidad Coordinadora de actividades, que colaborará con las diversas entidades de salud en la puesta en práctica de los cambios estructurales requeridos, dando también apoyo administrativo, financiero, y técnico al PMSS.
2. Un fortalecimiento técnico administrativo al MSPAS en su proceso de reestructuración en la forma definida en el préstamo para el sector salud.
3. Una introducción y puesta en práctica del paquete básico de servicios para ramas de salud seleccionadas, orientadas hacia la atención materno-infantil, contratándose también a los proveedores del sector privado en la provisión de los servicios básicos de salud hacia la población meta.
4. Fortalecimiento de la red de hospitales públicos a través de mejoramiento en la eficiencia, calidad, y sustentabilidad financiera de los servicios proveídos en el país, creando al mismo tiempo la reorientación y reasignación de esos servicios hacia los grupos desatendidos de bajos ingresos.

V. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Beneficios y riesgos

- 5.1 Se espera que el PMSS mejore la eficiencia, equidad y sustentabilidad financiera del MSPAS y que tenga un impacto apreciable en el nivel de salud de la población objetivo de menores recursos directamente afectada; pero, aún más importante, su ejecución establecerá las condiciones y el potencial de cooperación pública/privada para canalizar mayores recursos, extender cobertura, y ejecutar programas efectivos de mayor envergadura que respondan a las necesidades de salud de la población. Durante la ejecución del Programa se desarrollarán sistemas de seguimiento y evaluación para sus actividades en provisión de servicios de salud. Las medidas del Programa pretenden tener un impacto claramente redistributivo favorable a la población de menores ingresos. Las actividades de extensión de cobertura son focalizadas en áreas geográficas de extrema pobreza y una mayoría significativa de los beneficiarios directos son pobres.
- 5.2 Los riesgos vinculados con la operación propuesta son dos: los relacionados con el marco macroeconómico general y los relativos a las políticas específicas para el sector. El mantenimiento del proceso de ajuste y reestructuración económica, en particular la reforma fiscal, es fundamental para sustentar la estabilidad necesaria, el aumento del presupuesto al sector y la reorientación del gasto público en salud que son condiciones del Programa Sectorial. Existe el riesgo de que la situación política actual impida tomar las medidas para mantener el programa actual con el FMI y los compromisos en otros programas de ajuste con el Banco mundial y con el BID.
- 5.3 El gobierno está consciente de estos riesgos y ha adoptado medidas para reducirlos. Como se mencionó antes, ha firmado un programa Acuerdo Sombra con el FMI, en el marco del cual se deberán adoptar medidas de estabilización a nivel macroeconómico. El programa relacionado con el Programa de Modernización del Estado del Banco Mundial (PME), que establece incentivos para lograr un mayor nivel de eficiencia económica se encuentra en reestructuración a fin de reiniciar su puesta en práctica. En diciembre de 1994, el Congreso aprobó una de reforma tributaria que contribuirá a mantener el equilibrio fiscal y la estabilidad macroeconómica general.
- 5.4 Con respecto a las medidas de política específicas del programa existe el riesgo de que el gobierno no pueda adoptar las decisiones políticas requeridas para ponerlas en vigencia. Otro riesgo de esta operación reside en la dificultad que pueda encontrar el gobierno en lograr consenso en los cambios de política y de estructuras institucionales, ya que estas afectan a distintos grupos de interés con poder político como son la clase media urbana, sindicatos del sector, grupos médicos, importadores y distribuidores de medicamentos, mientras que los beneficiarios

inmediatos de las reformas serían grupos de población pobre, desorganizados y con poco poder político. Con el fin de reducir este riesgo, el PMSS exige al gobierno emitir disposiciones legales o reglamentarias antes del tercer tramo que puedan hacerse cumplir a fin de alcanzar los objetivos del programa.

B. Efectos sobre los grupos de bajos ingresos

- 5.5 La distribución del ingreso y la riqueza en Guatemala siempre ha sido muy desigual. Las últimas estadísticas proporcionadas por el gobierno indican que el 80% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y que dos tercios de la población se consideran en una condición de "extrema pobreza." El deterioro de las condiciones económicas experimentadas en los últimos 10 años, acentuado por las medidas destinadas a recortar el gasto público han afectado seriamente a los grupos de bajos ingresos, especialmente los grupos indígenas de comunidades rurales. En consecuencia, los indicadores sociales de Guatemala se encuentran entre los peores de América. Las tasas de mortalidad infantil son alrededor del doble que las que registran otros países de la región. El 52% de la población es analfabeta (un 70% vive en zonas rurales) y un 60% de los niños menores de tres años presentan signos de desnutrición.
- 5.6 En gran medida, estas condiciones reflejan los bajos niveles de gasto social registrados en el pasado, especialmente en los últimos años ^{15/}. Los previos intentos por mejorar las condiciones sociales del país se han visto frustrados por la falta de compromiso respecto al desarrollo social, especialmente hacia los sectores menos favorecidos, como son los sectores de la población indígena. Los objetivos sociales planteados por el actual Gobierno de Guatemala y su éxito inicial en el logro de la estabilización económica y la adopción de medidas de ajuste (a pesar de su situación minoritaria en el Congreso) son signos esperanzadores de que también será capaz de aplicar su programa en el área social.
- 5.7 Dentro de este marco, resulta extremadamente difícil efectuar una precisa evaluación del efecto del programa sectorial sobre los grupos de bajos ingresos. Sin embargo, el PMSS califica como dirigido hacia la pobreza según párrafo 2.15 de la Octava Reposición de Recursos del Banco, porque se estima que más del 50% de los posibles beneficiarios son pobres. El PMSS consiste en cuatro componentes. Dos de ellos consisten en actividades de "río abajo" que están dirigidas a grupos específicos pobres. El Componente, **Sistemas de Atención** intenta extender la cobertura del sector público y privado a poblaciones con una alta concentración de pobreza, en particular comunidades rurales dispersas en fincas con altas concentraciones de trabajadores agrícolas migrantes, y en

^{15/} En 1991, los gastos totales del gobierno central para todos los sectores sociales (incluidos salud, educación y seguridad social) en Guatemala ascendieron a cerca del 3,3% del PIB, comparado con alrededor del 15% en el caso de Costa Rica.

el sector urbano informal. Según los últimos estimados del Banco, 75% de la población rural y 51% de la población urbana se clasifica como pobre. Esto último implica que para el sector informal urbano más del 50% de los beneficiarios son pobres. El Componente, **Servicios Públicos Hospitalarios** intenta mejorar la eficiencia y calidad de servicios de los hospitales del MSPAS. Puesto que el índice de pobreza para Guatemala fue 56% en 1993, se estima que un porcentaje mayor de pobres serán los posibles beneficiarios de las actividades de dicho componente. Los otros dos componentes, **Estructura Institucional y Financiamiento, Asignación, y Uso de Recursos**, consisten en actividades de tipo "río arriba" que no están dirigidas a proveer servicios a grupos específicos, sin embargo, establecerán la plataforma financiera y organizativa para una efectiva extensión de cobertura. Dichas actividades incluyen: el aumento de los recursos dedicados a la salud y dirigir este aumento a los servicios básicos de salud; la flexibilización de procedimientos administrativos y financieros; la reestructuración del MSPAS, la desconcentración de la planificación a las Areas de Salud, y la promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones.

C. Efectos potenciales sobre el medio ambiente

- 5.8 Guatemala cuenta con una rica dotación de recursos en naturales, lo cual incluye bosques húmedos y subtropicales y un alto grado de diversidad biológica en su flora y fauna. Sin embargo, el país enfrenta un conjunto de graves problemas relacionados con el medio ambiente, muchos de los cuales son característicos de los países de la región: deforestación, erosión de los suelos, contaminación del agua y de la atmósfera en la ciudad capital. Estos problemas se ven agravados por crecimiento demográfico, que ejerce presiones adicionales sobre los recursos naturales (especialmente debido al desmonte en terrenos susceptibles a la erosión) y que se traduce en una situación de pobreza generalizada con sus efectos de desnutrición, desprotección ante las enfermedades y creciente riesgo ante los desastres naturales.
- 5.9 Si bien existe legislación en Guatemala que tienda a proteger al medio ambiente, las instituciones fiscalizadoras carecen de la capacidad para cumplir con sus funciones. A nivel nacional, el país no tiene una clara estrategia en cuanto al medio ambiente y no existe ningún sistema de planificación que establezca prioridades en esa materia. Además, el país carece de los recursos necesarios para financiar, y ni siquiera preparar, el tipo de proyectos de inversión requeridos para proteger el medio ambiente. A nivel local, existe escasa conciencia ciudadana respecto a los problemas del medio ambiente y sobre la necesidad de realizar acciones concertadas a fin de conservar los recursos naturales del país.
- 5.10 El Banco ha financiado algunas operaciones destinadas a proteger el medio ambiente en Guatemala, especialmente el programa de manejo de recursos naturales en el valle del Alto Chixoy, aprobado en

diciembre de 1991 (préstamo 871/SF). Además el Banco está en proceso de elaborar el Programa Ambiental del Area Metropolitana (GU-0073) y Desarrollo Sustentable en Petén (GU-0081). Sin embargo, es evidente que se necesitan medidas más amplias para desarrollar una conciencia social respecto a los asuntos referidos al medio ambiente en el país, así como para reforzar las instituciones responsables de poner en práctica una política relativa al medio ambiente. Con este fin, el Banco aprobó, en 1992, un programa de cooperación técnica a fin de desarrollar un Plan Nacional de Acción de Medio Ambiente, cuyos objetivos principales son: a) reforzar la capacidad técnica, logística y de planificación de la institución nacional encargada de la protección del medio ambiente (CONAMA); b) iniciar una campaña destinada a concientizar a la población sobre la necesidad de lograr un desarrollo sostenible y de conseguir su participación en la protección del medio ambiente; c) elaborar un programa a fin de establecer prioridades de inversión en materia de medio ambiente, y d) analizar las prioridades de inversión en otros sectores (por ejemplo, agricultura, transporte y energía) a fin de identificar problemas potenciales para el medio ambiente y considerar sus soluciones.

- 5.11 El PMSS no contiene componentes de naturaleza física y no tendrá, en sí mismo, ningún efecto directo ni indirecto sobre el medio ambiente. En su reunión del 15 de febrero de 1994, el Comité del Medio Ambiente del Banco acordó clasificar el programa en la Categoría II.

VI. RECOMENDACIONES

- 6.1 De acuerdo con la descripción del programa realizada en este documento, éste cumple con el Convenio Constitutivo del Banco y con las disposiciones del documento del Octavo Aumento General de Recursos. Por consiguiente, se recomienda que el Banco apruebe el préstamo y, para ese fin, se presenten al Directorio Ejecutivo para su consideración las resoluciones que se adjuntan como apéndices.

GUATEMALA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
 MATRIZ DE POLITICA

OBJETIVOS	PREVIO AL PRIMER TRAMO	PREVIO AL SEGUNDO TRAMO	PREVIO AL TERCER TRAMO
ORGANIZACION INSTITUCIONAL			
ORGANIZACION DEL SECTOR			
Organizacion institucional y el coordinacion del sector, asi como sector.	Presentar al Congreso un proyecto de Ley de Coordinacion del Sector Salud que define las instituciones que configuran el sistema nacional de salud, el rol de las instituciones publicas y privadas, y el mecanismo para coordinar los programas de inversion y operativos del sector.	Puesta en vigencia del Reglamento de Coordinacion del Sector.	Inicio de operacion del Sectorial de Salud y mecanismos de coordinacion.
ORGANIZACION Y FORTALECIMIENTO DEL MSPAS			
La capacidad institucional del MSPAS, incluyendo su rol normativo en el nivel de descentralizacion administrativa de salud.	Ejecucion del plan de accion para la reestructuracion y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u> : (a) la presentacion al Congreso de la Republica del proyecto de ley con modificaciones alCodigo de Salud; (b) entrada en vigencia del Acuerdo Ministerial que modifica el Reglamento del MSPAS, en su nivel central y las tres areas de salud, incluyendo la desconcentracion; (c) suspension de los nombramientos en el nivel central del MSPAS; (d) inicio de operaciones de la unidad coordinadora de transicion del programa conforme a los terminos acordados con el Banco.	Ejecucion del plan de accion para reestructuracion y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u> el inicio de operaciones de la Unidad Coordinadora del Programa conforme a los terminos acordados con el Banco.	Ejecucion del plan de accion para reestructuracion y fortalecimiento del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u> el inicio de operaciones de la Unidad Coordinadora del Programa conforme a los terminos acordados con el Banco.

GUATEMALA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
 MATRIZ DE POLITICA

OBJETIVOS	PREVIO AL PRIMER TRAMO	PREVIO AL SEGUNDO TRAMO	PREVIO AL TERCER TRAMO
MEJORAMIENTO, ASIGNACION Y USO DE RECURSOS			
REORIENTACION Y EJECUCION			
<p>nivel del presupuesto del MSPAS, do el gasto publico version hacia servicios basicos 1995, el presupuesto del MSPAS r en terminos reales sobre el (excluyendo salarios y s) ejecutado por el MSPAS en o aumento se asigno al primer encion, mientras se limito el itales.</p>	<p>Aprobacion por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS que contiene: (a) un aumento del 12% en terminos reales sobre el asignado para 1995; y (b) reorientacion del gasto hacia servicios basicos de salud.</p>	<p>Aprobacion por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS para el ano subsiguiente que contiene: (a) un aumento de 20% en terminos reales sobre el asignado para el ano inmediato anterior; y (b) reorientacion del gasto hacia servicios basicos de salud.</p>	<p>Aprobacion por el MINFIN del anteproyecto de presupuesto del MSPAS para el ano subsiguiente que contiene: (a) un aumento de 20% en terminos reales sobre el asignado para el ano inmediato anterior; y (b) reorientacion del gasto hacia servicios basicos de salud.</p>
		<p>Ejecucion satisfactoria y no menor del 70% del monto del presupuesto del MSPAS del periodo entre el 1o. y 2o. desembolso del programa, asignado para las tres areas de salud (de acuerdo a la estructura acordada con el Banco), incluyendo: (a) eliminacion de transferencias del Programa Preventivo hacia el Programa Curativo; y, (b) ejecucion de las inversiones en saneamiento y programas prioritarios de salud en las tres areas de salud.</p>	<p>Ejecucion satisfactoria y no menor del 80% del monto del presupuesto del MSPAS del periodo entre el 1o. y 2o. desembolso del programa, asignado para las tres areas de salud (de acuerdo a la estructura acordada con el Banco), incluyendo: (a) eliminacion de transferencias del Programa Preventivo hacia el Programa Curativo; y, (b) ejecucion de las inversiones en saneamiento y programas prioritarios de salud en las tres areas de salud.</p>

GUATEMALA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
MATRIZ DE POLITICA

OBJETIVOS	PREVIO AL PRIMER TRAMO	PREVIO AL SEGUNDO TRAMO	PREVIO AL TERCER TRAMO
<p>IZACION DE LA EJECUCION A</p> <p>ejecucion presupuestaria del te la desconcentraci3n de la ejecucion de su presupuesto.</p>	<p>Ejecuci3n del plan de acci3n para simplificar y flexibilizar la preparaci3n y ejecuci3n del presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u>: (a) entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que modifique las normas para el uso de los fondos privativos de los establecimientos de salud, y para la utilizaci3n de los fondos rotatorios y su reintegro; (b) entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que establece el renglon presupuestario para permitir a las areas de salud contratar ONGs y otros proveedores privados de servicios basicos; y, (c) adecuaci3n de las normas para presentaci3n de un presupuesto simplificado a el nivel central y de las tres areas de salud, reduciendo los renglones especificos y las unidades presupuestarias.</p>	<p>Ejecuci3n del plan de acci3n para simplificar y flexibilizar la preparaci3n y ejecuci3n del presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u>: la evaluaci3n (y de ser necesario modificaci3n) de la funcionalidad de las normas que rigen la ejecuci3n del presupuesto.</p>	<p>Ejecucion del plan simplificar y fl preparacion y presupuesto del MSPAS, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo evaluacion (y de modificaci3n) de l rigen la ejecucion d</p>
<p>DE ATENCION</p> <p>ACION DE LOS SISTEMAS DE ATENCION DE SALUD EN LAS TRES AREAS SELECCIONADAS</p>	<p>Acuerdo sobre un plan de acci3n para reorientar los servicios de salud en las tres areas de salud, incluyendo <u>inter alia</u>: (a) cambios al modelo de atenci3n; (b) definici3n del conjunto minimo de servicios; (c) aprobaci3n de esquemas de participaci3n de la comunidad y ONGs; y, (d) definici3n del sistema de seguimiento y evaluaci3n.</p>	<p>Ejecucion del plan de acci3n para reorientar los servicios de salud en las tres areas de salud en base al calendario y metas acordadas con el Banco.</p>	<p>Ejecuci3n del plan reorientar los serv en las tres areas calendario y metas a Banco.</p>

GUATEMALA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
 MATRIZ DE POLITICA

OBJETIVOS	PREVIO AL PRIMER TRAMO	PREVIO AL SEGUNDO TRAMO	PREVIO AL TERCER TRAMO
<p>ACION DEL SECTOR PRIVADO1</p> <p>El sector privado para extender servicios de salud a poblaciones específicas con el modelo público-privado a través de:</p> <p>de servicios básicos de salud a la población rural a través de:</p> <p>ión de servicios básicos a trabajadores agrícolas y sus familias por proveedores privados.</p>	<p>Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u>: (a) aprobación del plan de acción para las tres áreas de salud; (b) firma del convenio de cooperación entre el MSPAS y el FIS; (c) aprobación por el MSPAS y el MINFIN de los formatos de convenio entre el MSPAS y las ONGs; y, (d) propuesta del contenido de una ley para facilitar la participación de proveedores privados en los servicios de salud (Ley de Asociaciones).</p> <p>Acuerdo sobre un plan de acción para establecer un programa piloto de afiliación de empresas agrícolas en Alta Verapaz a planes privados de servicios básicos de salud.</p>	<p>Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados por el Banco incluyendo <u>inter alia</u> la presentación al Congreso del Proyecto de Ley de Asociaciones.</p> <p>Ejecución del plan de acción para la prestación de servicios de salud a los trabajadores agrícolas de Alta Verapaz por el MSPAS, incluyendo <u>inter alia</u> la preparación de términos de referencia para diseñar el programa y la encuesta a las fincas y sus poblaciones en Alta Verapaz.</p>	<p>Ejecución del plan de acción para promover y establecer otras formas de financiamiento y provisión de servicios en las áreas de salud, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u> la firma de al menos 10 convenios con ONGs para la prestación de servicios de salud en establecimientos de seguimiento y evaluación de la entrada en vigencia de la Ley de Asociaciones.</p> <p>Ejecución del plan de acción para la prestación de servicios de salud a los trabajadores agrícolas de Alta Verapaz, por el MSPAS, incluyendo <u>inter alia</u> la aprobación de proyectos de convenio de firma de convenios con al menos 10 fincas con trabajadores, usando proveedores diferentes a los estudios realizados.</p>

GUATEMALA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
MATRIZ DE POLITICA

OBJETIVOS	PREVIO AL PRIMER TRAMO	PREVIO AL SEGUNDO TRAMO	PREVIO AL TERCER TRAMO
<p>de servicios básicos de salud formal urbano a través de planes pre-pago.</p>		<p>Aprobación por el Banco de los términos de referencia para (a) hacer estudios de demanda de salud de los microempresarios y sus empleados y cooperativas de ahorro y crédito en la ciudad de Guatemala; y (b) hacer un estudio del mercado de proveedores y planes de prepago de salud en la ciudad de Guatemala.</p>	<p>Acuerdo sobre la implantación de un de cobertura del s urbano en base a previamente realiza</p>
<p>S HOSPITALARIOS PUBLICOS</p>			
<p>de la administración, sostenibilidad financiera y la la atención de los servicios</p>	<p>Aprobación por el Banco de términos de referencia para diseñar y establecer proyectos pilotos en los cuales se desarrollan y experimentan con opciones con respecto al establecimiento de estructuras administrativas públicas-privadas que tengan los incentivos y autoridad para estimular mayor eficiencia y calidad (ej. consejos administrativos, ONGs u otras formas de asociación).</p>	<p>Ejecución del plan de acción para establecer proyectos pilotos en al menos un hospital nacional y un hospital de los ubicados en las tres áreas de salud, en base al calendario y metas acordados con el Banco, incluyendo <u>inter alia</u>: (a) entrada en vigencia de un Acuerdo Gubernativo modificando los criterios y procedimientos para la fijación de tarifas en los establecimientos de salud; (b) formalización de convenios entre las entidades administrativas de los dos hospitales seleccionados y el MSPAS y MINFIN; y (c) aprobación de modificaciones a normas vigentes para la formación y operación de estructuras administrativas.</p>	<p>Ejecución del plan base al calendari acordados con el Ba establecer proyecto menos un hospital hospital de los uk tres áreas s incluyendo <u>inter</u> establecimiento de contribución a l ejecución del racionalización de estos hospitales.; y proyectos pilotos en adicionales de la incluyendo <u>inter al</u> convenios entre administrativas hospitales y el MSPA</p>

Señor Presidente
Enrique V. Iglesias
Banco Interamericano de
Desarrollo BID
Washington, D.C. 20577

Señor Presidente:

Dentro del marco de la política económica del Gobierno de Guatemala, se priorizó la ejecución de un programa de modernización económica, cuyo principal objetivo es mantener un incremento sostenido en los niveles de actividad económica, mediante una mejora sustancial de la eficiencia en la asignación y uso de los recursos del Estado. Como resultado de este programa, se ha generado un crecimiento positivo del Producto Nacional Bruto con tasas reducidas de inflación y se ha propiciado la estabilidad macroeconómica.

Los problemas financieros del Gobierno Central en el transcurso de 1994 evidenciaron una alta dependencia de recursos provenientes de financiamiento de corto plazo y la dificultad de disminuir la deuda flotante que había registrado un incremento significativo a finales del año pasado. Lo anterior obedeció principalmente a la baja capcotación de ingresos tributarios, en especial del impuesto sobre la renta y del impuesto al valor agregado. En el caso del impuesto sobre la renta, tal situación se derivó de la resolución de la Corte de Constitucionalidad, a principios de año, de suspender las retenciones y los pagos a cuenta de dicho impuesto, lo que provocó que los ingresos provenientes de este impuesto disminuyeran en más de Q 330.0 millones.

Los acontecimientos anteriormente señalados incidieron para que los ingresos reales fueran aproximadamente de Q 5,054.6, millones por lo cual la carga tributaria se situó en 1994 en un 6.8%, 1.1% menos de lo registrado en 1993. Las cifras preliminares a diciembre de 1994 muestran un déficit del gobierno central de Q 1,053.9 millones (1.4% del PIB). A pesar de que los ingresos tributarios registraron una fuerte contracción en 1994, el déficit observado mantuvo un nivel similar al del año anterior (1.5% del PIB), debido fundamentalmente a la política del contracción del gasto público adoptada por el Gobierno de la República, pero privilegiando la inversión, que registró un nivel de ejecución de alrededor de 89.6%.

Las perspectivas macroeconómicas para 1995 son favorables debido básicamente a la reforma fiscal aprobada por el Congreso de la República el 30 de noviembre de 1994. Con ello se espera recuperar los ingresos tributarios, proyectándose un ingreso por esta vía del orden de Q 6,726.1 millones. A lo anterior contribuirá la creación de la figura de defraudación fiscal, las mejoras previstas en el Código Tributario y en la administración fiscal, especialmente en el área de aduanas y de fortalecimiento de la fiscalización en rentas internas, lo que contribuirá a alcanzar una carga tributaria cercana a 8.2%, sin incluir la modificación de la tasa del IVA del 7% al 10%.

Paralelamente, el Gobierno ha iniciado un combate frontal a la pobreza, especialmente en los segmentos de población más vulnerables donde se observan los índices más bajos de desarrollo humano, los servicios de salud y educación son deficitarios y con bajas coberturas, mostrando la desnutrición características dominantes en niños, jóvenes y adultos.

Esta acción del Gobierno se basa en una política social que estimula la creación de empleo productivo, especialmente en el área rural, propicia la reducción de la desnutrición proteínico-energética en preescolares y escolares, incentiva el acceso a los servicios educativos y fomenta la solución de los problemas de salud y del medio ambiente. Asimismo protege la infancia y la familia de la población en extrema pobreza y en riesgo social, que por razones de la violencia política que ha afectado al país en los últimos años, permanecen en calidad de refugiados en otros países o de desplazados en su lugar de origen.

Para alcanzar los objetivos de desarrollo social, se propone ejecutar un Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, orientado a apoyar su reestructuración y fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como para ejecutar proyectos de mejoramiento de los servicios de salud y de extensión de cobertura.

Dentro de este contexto, el Gobierno de Guatemala tiene la convicción de que el proceso de fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social robustecerá su acción institucional, a fin de mejorar y ampliar el acceso de la población a los servicios de salud. Con la introducción de cambios estructurales en el sistema, el programa en referencia permitirá aumentar su eficiencia y eficacia, incrementará el nivel del gasto público en el sector y permitirá ampliar sus fuentes de financiamiento, así como ampliará la cobertura y calidad de los servicios básicos de salud a los grupos más pobres del país. Todo lo anterior, será factible de realizar con la participación de la propia comunidad y de agentes privados.

Es evidente que, hoy por hoy, el Gobierno de Guatemala no dispone de recursos financieros que den sustentabilidad al proceso, por lo que se solicita al Banco Interamericano de Desarrollo, el apoyo financiero complementario que permita la ejecución del Programa de Mejoramiento de Los Servicios de Salud que se describe y se contextualiza en los siguientes términos:

I. SITUACIÓN SOCIAL DEL PAÍS

A. Índice del Desarrollo Humano (IDH)

De conformidad con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- de 1993, Guatemala acumuló en 1992 una ponderación de 0.489 con respecto a un índice máximo equivalente a la unidad (1.000). Este valor, ligeramente inferior a la mitad, coloca al país en la posición 113, de un total de 173 naciones y clasifica a Guatemala dentro del grupo de "países con bajo desarrollo humano".

Esta información pone en relieve el atraso relativo del país en materia de política social; niveles de escolaridad, índice de alfabetismo, grado de saneamiento ambiental, porcentaje de gasto público en educación y salud, seguridad alimentaria, nivel de salario y de empleo, condición social de la mujer, supervivencia y desarrollo del niño, disparidades entre el hombre y la mujer y entre las zonas urbanas y rurales y grado de participación social, entre otros.

Tomando en consideración las grandes desigualdades sociales existentes

(tenencia de la tierra, distribución del ingreso, desempleo, subempleo y marginalidad, el exiguo gasto público en programas sociales, su estructura y tradicional concentración en los principales centros urbanos, así como las dificultades de acceso a los mismos por parte de la población rural y, en particular, de la población indígena), no cabe duda que existe una brecha muy profunda en términos de desarrollo humano entre la población urbana y la rural, así como entre las diferentes etnias y regiones.

En el contexto centroamericano, Guatemala ocupa el penúltimo lugar en materia de desarrollo humano integral; Honduras el último. En efecto, el país se sitúa 0.363 puntos por debajo de Costa Rica, 0.249 de Panamá, 0.200 de Belice, 0.14 de El Salvador y 0.11 de Nicaragua.

B. Situación de la Salud de la Población Guatemalteca

La situación de salud de la población de Guatemala es deficiente. La esperanza de vida al nacer es de 63 años, la tasa de mortalidad de 7.2 por mil, la tasa de mortalidad infantil de 57 por mil nacidos vivos y la mortalidad materna de 9.3 por diez mil nacimientos vivos.

Las condiciones de salud son significativamente peores en los grupos poblacionales con menores niveles de educación e ingreso que son mayoritariamente los residentes en áreas rurales y en particular, las poblaciones indígenas.

La incidencia de las enfermedades infecciosas y las asociadas con falta de saneamiento ambiental y nutrición entre las principales causas de muerte, refleja el mal estado de salud de la población y la ineffectividad del sistema de salud y saneamiento ambiental. Más del 64% de las muertes totales en el país son causadas por afecciones infecciosas, nutricionales y perinatales. Las enfermedades diarreicas (30%), las infecciones respiratorias agudas (23%), las enfermedades prenatales (20%), y la desnutrición (4%), son las principales causas de morbimortalidad infantil.

La mayoría de estas muertes serían prevenibles a través de un saneamiento básico, inmunizaciones y otros servicios básicos de salud, a un costo relativamente bajo. Sin embargo, durante los últimos 20 años, se ha progresado muy poco en reducir su importancia como causa de muerte; como consecuencia, la situación de salud de la población de Guatemala se compara desfavorablemente, con la de otros países de América Latina de similar nivel de desarrollo.

II. EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud tiene como objeto global mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, a través del fortalecimiento del proceso de extensión de cobertura de los servicios básicos de salud; así como optimizar la capacidad técnica, administrativa y financiera de la Unidad Ministerial. Esto se logrará a través del diseño y ejecución de reformas de política, institucionales y financieras, para alcanzar los objetivos específicos de: (a) aumentar la eficiencia y eficacia del sistema público de salud en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios; (b) aumentar el nivel del gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento de MSPAS, asegurando su sustentabilidad; (c) reorientar la asignación de recursos

para atender las necesidades de salud de la población; y (d) extender la cobertura de los servicios básicos de salud a los grupos más pobres de la población, con la participación de oferentes privados.

Para lograr los objetivos específicos del Programa se prevé una serie de medidas que se han organizado en cuatro componentes: (a) Estructura Institucional; (b) Financiamiento del MSPAS y Asignación de Recursos; (c) Sistemas de Atención de Salud; y (d) Servicios hospitalarios públicos. El alcance de dichos componentes se describe a continuación:

1. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

Las deficiencias de las instituciones del sector público de salud en la formulación/ejecución de política y programas, definición de prioridades en las actividades de salud y en los servicios a los distintos grupos de población, uso de los recursos del sector público y definición del campo de acción del sector privado ha sido un factor determinante en el impacto limitado del sector en mejorar la situación de salud de la población.

A. Coordinación del Sector

El objetivo de esta actividad es la de definir la organización institucional y el sistema de coordinación del sector. Esto incluye la definición del papel del MSPAS con respecto a otras instituciones y al sector privado en la formulación de políticas, la provisión y supervisión de servicios de salud, y la coordinación de las inversiones y programas del sector público, para mejorar la asignación de recursos del sector y la efectividad de sus servicios.

Para tal fin, se promulgaría una Ley que defina las funciones de las instituciones en el sector salud, establezca el mecanismo y la autoridad para coordinar los programas del MSPAS y el IGSS, y defina la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

El programa incluye la presentación del proyecto de Ley de Coordinación al Congreso de la República, su reglamentación, y el establecimiento y funcionamiento del mecanismo de coordinación a nivel nacional.

B. Reestructuración y fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El objetivo es fortalecer la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social privilegiando su rol normativo en el sector y la desconcentración administrativa en las áreas de salud. Esto comprende la ejecución de un plan de acción para la reestructuración y fortalecimiento institucional del MSPAS durante toda la ejecución del programa. El plan de acción incluye: (a) la entrada en vigencia del proyecto de Ley con modificaciones al Código de Salud y del Acuerdo Ministerial que definen los cambios inmediatos en la organización del MSPAS; (b) la suspensión de los nombramientos en el nivel central del MSPAS y aprobación de un programa para racionalización de su personal; (c) la preparación de reglamento de operación del MSPAS que incluye la desconcentración administrativa en las tres áreas pilotos de salud (Alta Verapaz,

Escuintla y Chiquimula).

2. FINANCIAMIENTO, ASIGNACION Y USO DE RECURSOS

La reorientación en la asignación de los recursos del sector público - de servicios curativos en hospitales hacia servicios básicos en las áreas rurales y urbano marginales- es un paso importante para responder a los problemas de salud de los grupos pobres y en mayor riesgo. Sin embargo, dado el bajo monto de recursos actualmente asignados al sector, las ganancias en eficiencia resultantes de dicha reorientación no serían suficientes para mejorar la calidad de la atención.

Las actividades en este componente están dirigidas a aliviar estos dos problemas promoviendo el aumento del monto de recursos presupuestarios al sector y mayor eficiencia y equidad en el uso de recursos, a través de la reorientación del gasto público de salud y mejor ejecución del presupuesto del MSPAS.

A. Aumento, Reorientación y Ejecución del Presupuesto

Esta actividad trata de lograr un aumento en el nivel de financiamiento de los servicios básicos del sector así como el grado de ejecución del presupuesto del MSPAS. Una primera meta sería financiar el costo marginal del conjunto básico de servicios de salud, para el cual el Programa propone un aumento en términos reales del presupuesto total del MSPAS del 12% en el primer año (primer tramo del financiamiento) y 20% previo al segundo y tercer tramo.

Mediante la reorientación del gasto público, estos aumentos se asignarían a financiar las actividades propuestas en la expansión de cobertura y el mejoramiento de los servicios básicos de salud.

B. Agilización de la Ejecución Presupuestaria

Adicionalmente a la baja disponibilidad de recursos del presupuesto para el MSPAS, su ejecución ha sido baja. A esto contribuye las dificultades legales y burocráticas en el sector público, la poca autonomía en la ejecución presupuestaria, y la baja capacidad administrativa del MSPAS.

Esta actividad trata de simplificar y agilizar la preparación y ejecución presupuestaria del MSPAS mediante medidas hacia la desconcentración de la administración de recursos en las tres áreas piloto de salud y establecimiento de metas de ejecución presupuestaria. Bajo el programa se ejecutaría un plan de acción que ajusta los sistemas de preparación, ejecución y control del presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas e incluye: (a) la entrada en vigencia de Acuerdos Ministeriales que modifiquen las normas para el uso de los fondos privativos de los establecimientos de salud y para la utilización de los fondos rotatorios, y establecen el renglón presupuestario para permitir a las áreas de salud contratar ONGs y otros proveedores privados de servicios básicos; y, (b) adecuación de normas para presentación de un presupuesto simplificado al nivel central y de las tres áreas de salud piloto, reduciendo los renglones específicos y las unidades presupuestarias.

El Programa también establece metas incrementales de ejecución de los

montos asignados a las tres áreas de salud piloto (70% entre el primer y segundo tramo, 80% entre el segundo y tercer tramo del desembolso) y al MSPAS en su conjunto (80% entre el segundo y tercer tramo del desembolso).

El programa también monitorea la composición de estos gastos, enfatizando inversiones en saneamiento y programas prioritarios en salud en las tres áreas piloto y previniendo transferencias del Programa Preventivo (servicios curativos y preventivos del primer nivel) hacia el Programa Curativo (servicios hospitalarios, para el segundo y tercer tramos).

3. SISTEMAS DE ATENCION

El sistema de atención de salud del país tiene un énfasis centralizado, hospitalario, biológico y curativo, los resultados de cuya aplicación han incidido en la organización del sistema de salud, la asignación de sus recursos y la situación de salud de la población. Recientemente, como una de las acciones del Programa, las autoridades de salud han aprobado modificaciones al modelo de atención con el propósito de que este constituya el marco conceptual para guiar la reorientación de los sistemas de servicios de salud y los programas de extensión de cobertura, en las áreas de salud. Este componente comprende la reorientación de los sistemas de atención de salud para extender la cobertura del conjunto básico de servicios de salud y saneamiento ambiental a la población pobre en tres áreas de salud, con participación del sector no-gubernamental en la provisión de servicios.

A. Reorientación de los sistemas de atención de salud en las tres áreas seleccionadas

La acción más importante en la estrategia de salud en Guatemala a corto plazo debe de ser la canalización de los recursos financieros públicos para asegurar que la población recibe un conjunto básico de servicios públicos y clínicos de salud. Las actividades del Programa tienden a definir y adaptar este conjunto básico de servicios y a introducir los cambios requeridos en el sistema de atención de salud en las tres áreas de salud piloto (Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz). Este programa piloto constituirá la base de la programación/evaluación y ajustes del sistema propuesto.

La cooperación técnica paralela a esta operación financiera actividades vinculadas al diseño final del sistema en cada área, la promoción de la participación local, los sistemas de seguimiento y evaluación del proyecto, la capacitación de personal comunitario y el equipo e insumo básicos para este personal.

Como parte del programa, se ejecutaría un plan de acción para reorientar los servicios de salud en las tres áreas, el cual incluye: (a) la definición del conjunto de servicios esenciales de salud; (b) el diseño del sistema de provisión de esos servicios, (c) la definición de las actividades de las instituciones públicas y del sector privado; y (d) el esquema de ejecución del proyecto; y (e) el sistema de seguimiento y evaluación.

B. Participación del Sector Privado

El objetivo de este subcomponente es aliviar al sector público de actividades productoras y lograr ganancias significativas en eficiencia, calidad, y cobertura en el sector salud en el mediano plazo, a través del establecimiento de esquemas colaborativos entre el sector público y privado. El desarrollo de estos esquemas se basa en la experiencia exitosa en Guatemala (p. ej., ONGs en salud) y capacidad de la actividad privada existente en el sector salud del país.

Las acciones propuestas en el Programa tratan de: establecer el marco regulatorio para la actividad privada en el sector, y fortalecer los programas de reorientación de los servicios y extensión de cobertura con esquemas de provisión privada e introduciendo elementos de competencia en los servicios públicos de salud. El diseño y ejecución de estas actividades sería apoyado con recursos de la cooperación técnica paralela a esta operación. Actividades incluyen: (a) **Marco regulatorio:** la entrada en vigencia de una Ley de Asociaciones que facilite la formación de asociaciones y entidades publicas-privadas por distintos grupos, incluyendo las comunidades, para que puedan acceder a fuentes de financiamiento de compensación social y ejecutar programas de salud, (b) **Extensión de cobertura en comunidades rurales:** la ejecución de convenios con asociaciones, comunidades y municipios para la administración de centros y puestos de salud; contratación por comunidades de oferentes privados para la provisión del conjunto básico de servicios de salud; contratación de ONGs por el MSPAS para la provisión de servicios en determinadas comunidades; y organización de comunidades y municipios para preparar y ejecutar programas de salud y saneamiento ambiental con recursos del FIS. Las condiciones del Programa requieren convenios entre el MSPAS y el FIS, y entre el MSPAS y las ONGs (al menos ocho antes del tercer tramo), así como el establecimiento del sistema de seguimiento y evaluación; (c) **Servicios de salud a trabajadores agrícolas.** la ejecución de esquemas de provisión por ONGs del conjunto básico de servicios de salud y financiamiento compartidos entre los patronos y el MSPAS. El Programa requiere la ejecución de un plan de acción para establecer un programa piloto de afiliación de empresas agrícolas en Alta Verapaz a planes privados de servicios básicos de salud, incluyendo la aprobación de proyectos pilotos y firma de convenios para cubrir al menos 10 fincas con mayor de 250 trabajadores, usando dos o más proveedores diferentes; y (d) **Servicios de salud para trabajadores del sector informal urbano:** la preparación de un proyecto demostrativo para cubrir un segmento del sector informal urbano del país, integrado principalmente por los microempresarios, empleados, y sus familias. Las actividades se desarrollarán en la Ciudad de Guatemala.

4. SERVICIOS HOSPITALARIOS PUBLICOS

El gasto en servicios curativos en los hospitales públicos absorben cerca del 70% del gasto en servicios de salud del MSPAS; a pesar de esto, la utilización de estos establecimientos es sumamente baja en parte porque la calidad de sus servicios ha ido en creciente deterioro. A la vez los hospitales se caracterizan por la baja eficiencia en el uso de servicios y despilfarro. Esta situación crea un clima de apoyo político en los grupos urbanos para resolver las frecuentes crisis de los hospitales, a través de una reasignación de recursos en detrimento de los gastos en servicios básicos de salud en el

primer nivel de atención.

Las acciones propuestas en esta actividad están orientadas al mejoramiento de la eficiencia, calidad de la atención y sustentabilidad financiera de los servicios hospitalarios, estableciendo su autonomía administrativa y limitando el uso de recursos presupuestarios para financiar sus servicios. Estas incluyen: el establecimiento de la autonomía administrativa en favor de entidades privadas no lucrativas (ej. consejos, asociaciones), la implantación de sistemas de recuperación de costos que incluye protección a los pobres; establecimiento de sistemas de transferencias de recursos presupuestarios que incorporen incentivos económicos en el uso y asignación de recursos; apoyo gerencial a la administración; la implantación de sistemas de compra, adquisición, y distribución de medicamentos, el establecimiento de efectivos sistemas de control de calidad, y la contratación de servicios de apoyo. La mayor participación del sector privado en la administración y financiamiento de los hospitales permitirá la liberación en el margen de recursos presupuestarios para ser asignados a los servicios básicos de salud.

Bajo el programa se ejecutará antes del segundo tramo un plan de acción para establecer proyectos pilotos en al menos un hospital nacional y un hospital de los ubicados en las tres áreas de salud, el cual incluye: entrada en vigencia de un Acuerdo Gubernativo modificando los criterios y procedimientos para la fijación de tarifas en los establecimientos de salud; formalización de convenios entre las entidades administrativas de los dos hospitales seleccionados y el MSPAS y MINFIN; aprobación de modificaciones a normas vigentes para la formación y operación de estructuras administrativas. Antes del tercer tramo se tendrá, adicionalmente, proyectos pilotos en dos hospitales adicionales de la red nacional.

III. CONCLUSIÓN

El Gobierno de Guatemala se compromete a ejecutar el Programa Mejoramiento de Servicios de Salud, con el convencimiento de que éste representa el camino más efectivo y eficiente para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud y asegurar que los beneficios lleguen a los grupos más vulnerables. El Gobierno de Guatemala espera que el Banco Interamericano de Desarrollo considere favorable brindar apoyo financiero para hacer posible la ejecución del Programa descrito anteriormente.

Al agradecer el apoyo que el Banco pueda otorgar al Programa de Apoyo para el Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como a la población guatemalteca en especial, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi más alta estima y consideración.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
PLAN DE OPERACIONES
COOPERACION TECNICA

PAIS: Guatemala

TITULO DEL PROYECTO: Programa de Apoyo al Mejoramiento de Servicios de Salud.

OBJETIVO GENERAL: Apoyar el proceso de reestructuración y fortalecimiento institucional y los proyectos de mejoramiento de los servicios y extensión de cobertura propuestos en el Programa.

BENEFICIARIOS: Clientela de los servicios de salud, ONGs proveedoras de servicios de salud y el MSPAS.

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

PERIODO DE EJECUCION: Tres años

COSTO Y FINANCIAMIENTO: El costo total es de US\$15.5 millones, el financiamiento del Banco es de US\$13.5 millones.

TERMINOS Y CONDICIONES: El préstamo del Banco provendrá de los recursos del Capital Ordinario del Banco dentro de su facilidad FFI.

Plazo de amortización: 25 años
Período de desembolso: 3 años
Tipo de interés: Variable
Inspección y vigilancia: 1%
Comisión de crédito: 0,75%

CONDICIONES CONTRACTUALES ESPECIALES: Condiciones previas al primer desembolso adicionalmente a las condiciones contractuales generales, se requerirá el cumplimiento de las siguiente condiciones previas al primer desembolso.

a) acordado el programa para el uso de recursos de este Préstamo en cada uno de sus componentes durante el primer año de ejecución del Programa;

b) ha contratado la firma consultara que se encargará de los procesos de adquisición de bienes y servicios y de los concursos para contratación de asesorías y consultorías.

Asimismo, se requerirá el cumplimiento de:
Plan Operativo Anual. El Prestatario se compromete a presentar, a satisfacción del Banco, durante la ejecución del Programa y dentro del último trimestre

de cada año calendario, el plan operativo anual para el año siguiente de cada uno de los subprogramas a que se refiere la sección II del Anexo A de este Convenio. Para este Proyecto se contratará los servicios del PNUD para implantar lo establecido en el Párrafo 1.6 del Anexo IV.

CLASIFICACION
AMBIENTAL:

La clasificación ambiental del Programa Sectorial de Salud que este programa apoya es Categoría II.

BENEFICIOS:

Ganancias en eficiencia en el sistema de salud, beneficios a los usuarios de los servicios de salud por mejoras en la calidad de los servicios y un mayor acceso de los grupos más pobres a los servicios básicos de salud.

RIESGOS:

Los mismos del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

RESPONSABILIDAD:

Básica: FGU
Técnica: RE2/SO2

1. EL PROGRAMA

- a. La propuesta de Préstamo del Mejoramiento de los Servicios de Salud, se focaliza en el fortalecimiento y modernización del MSPAS. Para alcanzar esos objetivos del Programa, se requerirá de la preparación, la implementación y supervisión de acciones que superen la actual capacidad técnica y administrativa del MSPAS.
- b. El proyecto de esta Cooperación Técnica dará respaldo y a la vez apoyo a aquellas actividades que a su vez servirán de soporte y diseño en la ejecución de los cambios de política y Fortalecimiento Institucional descritos anteriormente en la propuesta de préstamo del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud.
- c. La cooperación técnica contendrá cuatro subprogramas, todos los cuales reflejan la necesidad de apoyar los cambios significativos del Programa, por medio de servicios de asesoramiento en aspectos técnicos y administrativos, capacitación, y la provisión de equipos con los cuales colaborar en la puesta en práctica del Programa.

Subprograma I. Unidad de Coordinación del Proyecto

- d. **Objetivo:** La Unidad de Coordinación tendrá dos objetivos principales, a saber: 1) colaborar con las diversas entidades de salud en la puesta en práctica de cambios estructurales por medio de asesoramiento técnico; 2) proporcionar apoyo administrativo, financiero y técnico para la puesta en práctica de las actividades de cooperación técnica.
- e. **Actividades:** El Programa se propone iniciar un proceso a largo plazo de mejoras en el MSPAS y, en ultima instancia trata de obtener una ampliación del mejoramiento y cobertura de los servicios básicos de Salud. Para facilitar la implementación del Programa, se establecerá una Unidad de Coordinación que: i) actúe como guía en la orientación y coordinación del Programa; ii) revise las recomendaciones y planes de acción resultantes de los estudios específicos; iii) refleje los problemas organizacionales y de política que afecten la ejecución del Programa; y iv) prepare los lineamientos para seguimiento de las acciones pertinentes.
- f. **Estructura:** La unidad será administrada por un coordinador local del proyecto, de alto nivel, que trabajará en estrecha colaboración con un asesor técnico principal que será un consultor internacional. Además se contará con consultores locales e internacionales conceptualizados para trabajar en estrecha colaboración con el MSPAS, tanto en el ámbito central como departamental, y con el Ministerio de Finanzas Públicas. También

habrá un ente (PNUD) que actuará como agente de compras para el proyecto de cooperación técnica.

- g. **Equipos:** El financiamiento de contrapartida se asignará a espacio de oficinas, equipo de transporte y suministros básicos de oficina. Los fondos del proyecto financiarán equipos y programas de computadora. El personal de la oficina se financiará por medio de recursos del proyecto y de la contrapartida.
- h. **Financiamiento del subprograma:** El costo total del subprograma asciende a US\$1,7 millones, que se financiarán de esta manera:

SUBPROGRAMA I. UNIDAD COORDINADORA			
	BID	GDG	TOTAL
Consultores <u>1/</u>	\$1.431,497	\$103,150	\$1,534,647
Equipo	\$10.350	\$185,220	\$195,570
Total	\$1,441,847	\$288,370	\$1,730,217

Subprograma II. Apoyo para la reestructuración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

- i. **Objetivo:** Este subprograma proveerá apoyo técnico y administrativo al MSPAS para la puesta en práctica de su reestructuración, en la forma definida en el préstamo para el sector salud.
- j. **Componentes:** Este subprograma consta de estos componentes:
- I. Reestructuración de la sede central.
 - II. Reorganización y fortalecimiento institucional de las Areas Piloto
 - III. Desconcentración Financiera
 - IV. Capacitación para el nivel central y los
 - V. Estudios relacionados al Programa.
- k. **Descripción:** Los cambios institucionales incluidos en el Programa, redefinen el papel del MSPAS en cuanto a su estructura administrativa, métodos de formulación y prestación de servicios de salud, financiamiento, y el sistema de pago a los proveedores de servicios. Estos cambios requieren de una re-estructuración de las funciones del Ministerio a nivel central, de una

1/ El monto presupuestado para consultores con uso de recursos del BID incluye US\$455.000 aproximadamente para la contratación de un agente comprador a fin de facilitar la contratación de consultores y adquisición de equipos para el proyecto de cooperación técnica.

descentralización en el proceso de la toma de decisiones, y sobre todo, de un aumento general en la capacidad técnica y administrativa del mismo. En este contexto y como un elemento pivotal en la implementación de este Programa de fortalecimiento institucional en Guatemala, el componente de Cooperación Técnica facilitará la asistencia necesaria al MSPAS en el mejoramiento de su comportamiento como unidad operativa, y en la constitución de su personal a nivel central y de las áreas contempladas en el Programa. Lo anterior podrá lograrse mediante la toma de medidas significativas en las estructuras organizacionales, la redefinición de las funciones administrativas descentralizando ciertas responsabilidades de carácter financiero, de supervisión y administrativas. Muy importante en el logro del cumplimiento de las metas de este Sub-programa, será también la realización "in-situ", de un componente de capacitación así como del otorgamiento de becas para una formación académica elevada en la área de administración de salud.

1. **Estructura:** Las actividades en cada componente del subprograma se ordenarán en paralelo con las etapas de las metas de reorganización a efectuarse dentro de las condiciones de este Programa. En los componentes de reestructuración Central y de las Areas, se contratará consultores locales. Se prevé que conforme a la reasignación de las metas presupuestarias consonantes con los recursos del préstamo, la mayoría de esos profesionales podrán ser contratados por el MSPAS para continuar realizando las funciones aquí señaladas una vez que haya finalizado el proyecto de cooperación técnica. El componente de capacitación será ejecutado por una o más firmas consultoras locales.
- m. También se financiará equipo, por ejemplo, computadoras, transporte y comunicaciones y apoyo de oficina, necesarios para el funcionamiento eficiente de las unidades orgánicas que se reorganice.

- n. **Financiamiento del subprograma:** El costo total del subprograma asciende a US\$3.6 millones que se financiará de esta forma:

SUBPROGRAMA II. REORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
Componentes	Consultores	Equipo	Capacitación	Total
I. Reestructuración de las oficinas centrales	\$378,000	\$441,700	\$0	\$819,700
II. Reorganización de Tres Areas	\$550,200	\$484,500	\$0	\$1,034.700
III. Desconcentración Financiera	\$323,880	\$0	\$0	\$323,880
IV. Capacitación	\$0	\$0	\$491,460	\$491,460
V. Estudios Relativos al Sector	\$890,000	\$0	\$0	\$890,000
TOTAL	\$2,142,080	\$926,200	\$491,460	\$3,559,740

Subprograma III. Ampliación y Reorientación del sistema de prestación de servicios

- o. **Objetivos:** Este subprograma colaborará con: i) la introducción y puesta en práctica del paquete básico de servicios para ramas de salud seleccionadas, orientándose a la atención materno-infantil; y ii) la contratación de los proveedores del Sector Privado de los servicios básicos de salud hacia la población meta.
- p. **Componentes:** El subprograma consiste de los siguientes componentes:
- I. Fortalecimiento de programas de salud
 - II. Capacitación de parteras y promotores de salud para atención infantil.
 - III. Introducción de la Atención de Salud a los Trabajadores Agrícolas
 - IV. Contratación y capacitación de proveedores de salud del sector privado.
 - V. Introducción de la cobertura de salud para el sector urbano informal.

- q. **Descripción:** Este subprograma proveerá servicios de asesoramiento para el diseño e instalación de servicios de atención primaria de salud, así como capacitación de personal en el nivel descentralizado. Los programas de salud incluidos en el proceso de descentralización y apoyado por medio de la cooperación técnica, son los orientados a mujeres, niños, nutrición básica y saneamiento y control de enfermedades. Este subprograma también prestará apoyo para la adaptación e instalación de la red de servicios de salud en cada área.
- r. El segundo componente proveerá capacitación a parteras y proveedores de atención de salud infantil, ofreciendo las aptitudes y métodos necesarios para la puesta en práctica del paquete de servicios de atención primaria de salud. La compra del **equipo** necesario, apoyará el paquete de atención primaria de salud que se incluirá en el componente de capacitación. Se ofrecerá a cada aprendiz del programa un maletín médico de parto. Además, este subprograma también financiará suministros para atención de parto por parteras, suplementos nutricionales para embarazadas, madres nodrizas y niños.
- s. El tercer componente facilitará las actividades de apoyo relacionadas con la expansión de cobertura de los trabajadores agrícolas que emigran de un lugar a otro. Este será obtenido a través de capacitar a las ONG's proveedoras de servicios de salud, y al personal mismo del MSPAS. Los dueños de hacienda financiarán mayormente los costos operacionales de esta provisión de servicios a través de un mecanismo de pre-pago. El MSPAS será responsable por el reclutamiento, acreditación, monitoreo y evaluación de las ONG's.
- t. El cuarto componente, respaldará el apoyo, diseño e implementación de un sistema de contratación de un paquete de servicios básicos para la provisión de salud del sector privado (ONG'S, grupos comunitarios, y otras organizaciones), con especial énfasis en las áreas rurales. Oficiales de Area del MSPAS administrarán el proceso de contratación y servicio de monitoreo. Una capacitación será otorgada a estos grupos del sector privado y a los gerentes contractuales del MSPAS y a las comunidades rurales.
- u. Finalmente, el quinto componente de ampliación de servicios básicos de salud hacia el sector urbano informal, estudiará la factibilidad de establecer un sistema de pre-pago para financiar y proveer un paquete de servicios básicos de salud, orientado a ese sector informal.
- v. **Estructura:** Estos componentes se ejecutarán por medio de consultores locales e internacionales, actividades que se llevarán a cabo con la participación activa de grupos comunitarios y organizaciones no gubernamentales.

- w. **Financiamiento del subprograma:** El siguiente cuadro muestra el uso de los recursos del subprograma, que ascienden a US\$6.3 millones.

SUBPROGRAMA III.AMPLIACION/ REORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	Consultores	Equipo	Capacitación	Total
I. Fortalecimiento de programas de salud	\$1,566,600	\$1,284,000	\$0	\$2,850,600
II. Capacitación de parteras y promotores de salud para atención infantil	\$0	\$0	\$595,000	\$595,000
III. Ampliación de servicios a trabajadores Agrícolas	\$786,150	\$8,250	\$174,820	\$969,220
IV. Contratación y Capacitación de servicios básicos a empresas del sector privado para comunidades rurales	\$1,091,130	\$30,000	\$181,187	\$1,302,277
V. Introducción y cobertura de salud al sector informal	\$587,375	\$0	\$0	\$587,375
TOTAL	\$4,031,255	\$1,322,250	\$951,000	\$6,304,472

Subprograma IV. Hospitales.

- x. **Objetivos:** Este Subprograma trata de mejorar la eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera de los servicios de hospitales en el país, creando al mismo tiempo la reorientación y reasignación de servicios hacia los grupos desatendidos de bajos ingresos.
- y. **Componentes:** El subprograma consta de dos componentes:
- I. Mejoramiento de la administración de los hospitales nacionales y regionales.

II. Mejoramiento de la administración hospitalaria a nivel primario.

- z. **Descripción:** Los componentes representan una serie de actividades dirigidas a mejorar la eficiencia, equidad, sostenibilidad y calidad de los servicios de salud en un grupo de hospitales pre-identificados a nivel nacional y regional. Esto se obtendrá a través del diseño de un sistema de administración efectiva, que combine una eficaz administración pública y privada en la implantación de un sistema de recuperación de costos, contratación y licitación de los bienes y servicios de los hospitales, implantación de los medios de compra y distribución de los productos farmacéuticos, y un mejoramiento en la organización y provisión de los servicios médicos. Esto incluiría el desarrollo de un sistema de pago a los hospitales que incorpore incentivos hacia la producción y eficiencia. Adicionalmente estas actividades incluirían servicios de asesoramiento y capacitación.
- aa. **Estructura:** Este componente contendrá actividades hacia el fortalecimiento en las áreas mencionadas en el punto anterior, en al menos un hospital nacional, y tres regionales. Servicios de asesoramiento y capacitación será proveído por consultores locales internacionales y firmas consultoras. El financiamiento de equipo incluye "hardware" y programas aplicables a la información gerencial, y equipo de oficina como cajas de registro para manejo de dinero en efectivo, a efectos de obtener una mejor administración financiera.
- ab. **Financiamiento del subprograma:** El cuadro siguiente muestra el uso de los recursos del subprograma, que ascienden a un monto del orden de US\$3,1 millones.

SUBPROGRAMA IV. HOSPITALES				
	Consultores	Equipo	Capacitación	Total
I. Hospitales Nacional y Regional del MSPAS	\$1,247,935	\$164,635	\$1,091,300	\$2,503,870
II. Hospitales: Nivel Básico	\$349,575	\$ 0	\$205,062	\$554,637
TOTAL	\$1,597,510	\$164,635	\$1,296,362	\$3,058,507

2. DIMENSIÓN Y FINANCIACIÓN

- a. La participación del BID en la financiación de este programa de cooperación técnica que asciende a un monto del orden de US\$13,5 millones, se financia con recursos del Capital Ordinario dentro de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, con carácter reembolsable. La cooperación técnica se ejecutará a lo largo de un período de dos años y totalizará una suma del orden de US\$15,5 millones. El financiamiento de contrapartida ascenderá a US\$1,9 millones aproximadamente, o sea el 12% del costo total de la operación. El cuadro siguiente muestra la dimensión estimada de esta cooperación por subprograma y fuentes de financiación. El Cuadro II proporciona más detalles acerca de esta materia.

CUADRO I. FUENTES DE FINANCIACIÓN POR SUBPROGRAMA (US\$Miles)			
SUBPROGRAMA	COSTO TOTAL	PRÉSTAMO DEL BID	GDG
I. Unidad de Coordinación	\$1,719,8	\$1,431,8	\$288,4
II. Reorganización del MSP	\$3,559,7	\$2,895,7	\$664,0
III. Ampliación y Reorientación de la prestación de servicios	\$6,304,4	\$5,518,3	\$786,1
IV. Hospitales	\$3,058,5	\$2,908,5	\$150,0
V. Costos financieros	\$894,2	\$790,0	\$104,2
Intereses	\$654,5	\$654,5	\$0
Comisión de crédito	\$104,2	\$0	\$104,2
F.I.V.	\$135,5	\$135,5	\$0
TOTAL 2/	\$15,547,2	\$13,554,5	\$1,992,7
Porcentaje	100,00	88,0	12,0

2/ Las diferencias entre el desglose y el total se deben al redondeo

CUADRO II. GASTOS POR SUBPROGRAMA, COMPONENTE Y FUENTES DE FINANCIACIÓN				
SUBPROGRAMA/COMPONENTE		COSTO TOTAL	BID	GDG
I. UNIDAD DE COORDINACIÓN		\$1,730,216	\$1,441,847	\$288,369
II. REORGANIZACIÓN DEL MSPAS		\$3,559.740	\$2,895.760	\$663.980
COMPONENTE 1	Reestructuración de la oficina central del Ministerio de Salud	\$819.700	\$809,500	\$10.200
COMPONENTE 2	Reorganización y fortalecimiento de tres Areas	\$1,034,700	\$689.800	\$334.900
COMPONENTE 3	Desconcentración Finaciera	\$323.880	\$78.000	\$245.880
COMPONENTE 4	Capacitación	\$491.460	\$428.460	\$63.000
COMPONENTE 5	Estudios relacionados con el programa	\$890.000	\$890.000	\$0
III. REORIENTACION EN LA PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD		\$6,304.472	\$5,518.372	\$786.100
COMPONENTE 1	Fortalecimiento de Programas de salud	\$2,850.600	\$2,562.500	\$288.100
COMPONENTE 2	Capacitación	\$595.000	\$517.000	\$78.000
COMPONENTE 3	Atención de salud a trabajadores agrícolas	\$969.220	\$829.220	\$140.000
COMPONENTE 4	Contratación servicios básicos a empresas privadas para comunidades rurales	\$1,302,277	\$1,162,277	\$140,000
COMPONENTE 5	Capacitación del sector urbano informal	\$587,375	\$447,375	\$140,000
IV. HOSPITALES		\$3,058,507	\$2,908,507	\$150,000
COMPONENTE 1	Fortalecimiento Hospitales MSPAS	\$2,503,870	\$2,363,870	\$140,000
COMPONENTE 2	Administración Centros de Salud	\$554,637	\$544,637	\$10,000
TOTAL		\$14,652,935	\$12,764,486	\$1,888,449

RESUMEN PLAN DE ACCION

SISTEMAS DE ATENCION: PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EXTENSION DE SERVICIOS BASICOS A LOS TRABAJADORES AGRICOLAS

Previo al Primer Tramo:

- Acuerdo sobre plan de acción.

Previo al Segundo Tramo:

- Preparación de términos de referencia de la encuesta de las fincas y sus poblaciones en Alta Verapaz.
- Preparación de términos de referencia para diseñar proyecto.
- Definición del paquete mínimo de servicios cubiertos por el proyecto.
- Aprobación del proyecto por parte del MSPAS.
- Formación de un equipo de apoyo técnico para preparar el proyecto.
- Definición de la unidad administrativa responsable del proyecto.

Previo al Tercer Tramo:

- Firma de convenios para cubrir al menos 10 fincas usando dos o más proveedores.
- Realización de una encuesta de las fincas y sus poblaciones en Alta Verapaz.
- Preparación del diseño del Proyecto, incluyendo normas y procedimientos.
- Preparación del manual de procedimientos para seleccionar, contratar, y evaluar proveedores. etc.)
- Designación del personal administrativo y técnico responsable por la ejecución del Proyecto en el MSPAS.
- Aprobación del programa de entrenamiento de promotores.
- Preparación del subprograma de extensión de agua y saneamiento.
- Asignación del presupuesto para los proyectos pilotos.
- Preparación del plan de comunicación y promoción.
- Diseño del sistema de información, monitoreo, y evaluación.

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Estimación de costos de implantación del proyecto.

**SISTEMAS DE ATENCION: PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO
EXTENSION DE SERVICIOS BASICOS A GRUPOS RURALES**

Previo al Primer Tramo:

- Aprobación del plan de acción para las tres áreas.
- Firma de convenio de cooperación entre MSPAS y FIS.
- Presentación de la propuesta del contenido de la Ley de Asociaciones.
- Establecer equipo legal para establecer los lineamientos de la ley.

Previo al Segundo Tramo:

- Presentación al Congreso del Proyecto de Ley de Asociaciones.
- Definición de la fuente, renglón, y mecanismos de financiamiento.
- Autorización a los Jefes de Area para hacer convenios, manejar fondos, y pagar a proveedores privados.
- Determinación de requisitos para la acreditación de proveedores.
- Preparación de plan de acción de lobby para la aprobación de la Ley de Asociaciones.
- Preparación de un plan de comunicación y promoción a ONGs.

Previo al Tercer Tramo:

- La firma de convenios con al menos ocho ONGs.
- Establecimiento del sistema de seguimiento y evaluación.
- Entrada en vigencia de la Ley de Asociaciones.
- Asignación de recursos para la ejecución del proyecto.
- Preparación de plan de asesoría y capacitación a ONGs y a promotores de salud.
- Definición del sistema de referencia hacia las unidades de salud del MSPAS.

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Estimación de costos de implantación y ejecución.
- Publicación de normativo y manual de operaciones para solicitar y contratar servicios.
- Definición del paquete básico de servicios.

SISTEMAS DE ATENCION: PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EXTENSION DE SERVICIOS BASICOS AL SECTOR INFORMAL URBANO

Previo al Primer Tramo:

[ninguna actividad prevista]

Previo al Segundo Tramo:

- Aprobación de los términos de referencia para un estudio de demanda de salud.
- Aprobación de los términos de referencia para un estudio del mercado de proveedores y planes de prepago de salud.

Previo al Tercer Tramo:

- Preparación del diseño y plan de acción para desarrollar un proyecto piloto.
- Diseño de un sistema informático.
- Determinación de los mecanismos y procedimientos para traspasar un subsidio del MSPAS a la demanda.
- Definición de los criterios para escoger participantes (afiliados).
- Definición del proceso de certificación y acreditación de planes de prepago y proveedores afiliados.
- Definición de mecanismos para evitar antiselección y siniestros en la utilización de los servicios cubiertos por el plan.
- Definición y costeo de servicios cubiertos en el plan.
- Diseño del sistema de colecta, canalización, y monitoreo de la prima por parte de las asociaciones de microempresarios.
- Preparación de los sistemas de control de calidad y de utilización.

RESUMEN PLAN DE ACCION

SERVICIOS HOSPITALARIOS PUBLICOS

Previo al Primer Tramo:

- Preparación de términos de referencia para diseñar y establecer estructuras administrativas públicas-privadas para manejar hospitales.

Previo al Segundo Tramo:

- Entrada de vigencia de un Acuerdo Gubernativo sobre el cobro de tarifas.
- Formulación de convenios entre el MSPAS y los hospitales pilotos.
- Aprobación de modificaciones de normas vigentes (estatutos hospitalarios) en los hospitales pilotos.
- Definición de normas y procedimientos para regular la formación de entidades administrativas hospitalarias.
- Diseño del mecanismo apropiado para el traslado de gastos no-personales a los hospitales pilotos.
- Definición de la forma de administración de los empleados públicos por parte de las entidades administrativas hospitalarias.
- Preparación de términos de referencia para analizar opciones de racionalización de personal.
- Establecimiento de lineamientos generales y flexibles para permitir a cada hospital tomar las decisiones operacionales sobre la fijación de tarifas y el uso de los ingresos.
- Establecimiento de normas y procedimientos para la fiscalización del sistema de recuperación de costos.
- Preparación de los términos de referencia para un estudio sobre sistemas de adquisición y distribución de medicamentos, materiales médicos y equipamiento.

Previo al Tercer Tramo:

- Establecimiento de proyectos pilotos en los hospitales proyectos.
- Firma de convenios entre las unidades administrativas de los hospitales proyectos y el MSPAS y MFP definiendo competencias (para el traslado de fondos, monitoreo, etc.).

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Establecimiento de sistemas para ejecutar actividades relacionadas a la recuperación de costos: facturación, cobra y pago, tarifario, evaluación socioeconómico, y uso, manejo, y control de fondos generados.
- Diseño de un sistema de traslado presupuestario que contemple costos y producción.
- Diseño de un sistema informático para los hospitales.
- Aprobación y ejecución del plan de racionalización de personal.
- Preparación del plan de acción para contratar servicios de apoyo al sector privado.
- Establecimiento de sistemas de adquisición y distribución (control de inventario, sistemas de compra y distribución de medicamentos, etc.).
- Preparación de un plan para mejorar el uso de recursos en la producción de servicios clínicos.
- Preparación de estudios de factibilidad en los hospitales pilotos sobre salas privadas y la venta de servicios a terceros.

RESUMEN PLAN DE ACCION

**SISTEMAS DE ATENCION:
REORIENTACION DE LOS SISTEMAS DE ATENCION DE SALUD**

Previo al Primer Tramo:

- Preparación y Aprobación del plan de acción que define el modelo atención, el conjunto mínimo de atención, y del sistema de seguimiento y evaluación.
- Aprobación de esquemas de participación de la comunidad y ONGs en la provisión de servicios básicos de salud.

Previo al Segundo Tramo:

- Iniciación de actividades de ejecución en cada una de las tres Areas.
- Contratación de los consultores para apoyar la ejecución del programa.
- Establecimiento del sistema de seguimiento y evaluación.
- Establecimiento del componente de capacitación.
- Implantación de mecanismos de participación colectiva en las toma de decisiones.

Previo al Tercer Tramo:

- Avance satisfactorio en la ejecución del programa acordado con el Banco para las tres Areas.

**FINANCIAMIENTO, ASIGNACION Y USO DE RECURSOS:
AUMENTO, REORIENTACION Y EJECUCION DEL PRESUPUESTO**

Previo al Primer Tramo:

- Aprobación por el MFP del anteproyecto del presupuesto de 1996 según nivel y estructura acordado con el Banco.
- Asignación adecuada de recursos para iniciar la ejecución de la reestructuración, desconcentración, y los proyectos pilotos en las tres Areas de salud.

Previo al Segundo Tramo:

- Aprobación por el MFP del anteproyecto del presupuesto para el siguiente año fiscal según nivel y estructura acordado con el Banco.
- Ejecución satisfactoria y no menor de 70% del monto del

RESUMEN PLAN DE ACCION

presupuesto del MSPAS del período entre el 1o. y 2o. desembolso del programa según estructura acordada con el Banco.

- Asignación adecuada de recursos para continuar la ejecución de la reestructuración, desconcentración, los proyectos pilotos en las tres Areas de salud, y la racionalización de personal.
- Preparación de procedimientos y marco regulatorio del fondo de retiro anticipado.
- Estimación del costo de continuar la ejecución de la reestructuración, desconcentración, los proyectos pilotos en las tres Areas de salud, y la racionalización de personal en el siguiente período fiscal.
- Estimación del costo de iniciar la ejecución de proyectos pilotos en los hospitales.

Previo al Tercer Tramo:

- Aprobación por el MFP del anteproyecto del presupuesto para el siguiente año fiscal según nivel y estructura acordado con el Banco.
- Ejecución satisfactoria y no menor de 70% del monto del presupuesto del MSPAS del período entre el 1o. y 2o. desembolso del programa según estructura acordada con el Banco.
- Asignación adecuada de recursos para continuar la ejecución de las actividades del Programa.
- Establecimiento del fondo de retiro anticipado.
- Asignación de recursos adecuados para iniciar la ejecución de proyectos pilotos en los hospitales.

**FINANCIAMIENTO, ASIGNACION Y USO DE RECURSOS:
AGILIZACION DE EJECUCION PRESUPUESTARIO**

Previo al Primer Tramo:

- Entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que modifique las normas para el uso de los fondos privativos de los establecimientos de salud, y para la utilización de los fondos rotatorios y su reintegro.
- Entrada en vigencia de un Acuerdo Ministerial que establece el renglón presupuestario para permitir a las areas de salud contratar ONGs y otros proveedores privados de servicios basicos.

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Adecuación de las normas para presentación de un presupuesto simplificado a el nivel central y de las tres areas de salud, reduciendo los renglones específicos y las unidades presupuestarias.
- Establecimiento por parte del MFP una unidad de administración financiera para trabajar con el sector salud.
- Aprobación de un plan de acción para desconcentrar la ejecución presupuestaria.

Previo al Segundo Tramo:

- La evaluación (y de ser necesario modificación) de la funcionalidad de las normas que rigen la ejecución del presupuesto.
- Definición de indicadores para el monitoreo de la gestión en las Areas y hospitales.
- Definición de las bases metodológicas para el sistema de costeo de egresos hospitalarios y para el costeo per cápita de la canasta básica.
- Costeo inicial en hospitales y Areas pilotos.
- Presentación del presupuesto bajo el esquema del mecanismo de asignación de recursos (MAR) acordado con el Banco.
- Adecuación del monto y plazo de reintegro de los fondos rotativos para las Areas y hospitales.
- Preparación de un programa de caja para la ejecución del presupuesto.
- Preparación de un sistema básico de inventarios y compras.
- Capacitación en el uso de Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) en las Areas y hospitales pilotos.
- Capacitación en funciones de auditoría y funciones de fiscalización financiera.
- Creación y fortalecimiento de los Deptos. de Finanzas en las Areas y hospitales pilotos.

Previo al Tercer Tramo:

- Evaluación (y de ser necesario modificación) de las normas que rigen la ejecución del presupuesto.

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Monitoreo y evaluación de los indicadores de salud.
- Transferencia de recursos a hospitales y Areas pilotos basados en costos de egresos y per-capita (canasta básica).
- Adopción el sistema contable del SIAF. hospitales pilotos.
 - Construcción de un Programa de Caja.
- Auditorías financieras a las Areas y hospitales pilotos.

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL REESTRUCTURACION DEL MSPAS

Previo al Primer Tramo:

- Presentar al Congreso un proyecto de Ley de Coordinación del Sector Salud.
- La presentación al Congreso de la República del proyecto de ley con modificaciones al Código de Salud.
- Entrada en vigencia del Acuerdo Ministerial que modifica el Reglamento del MSPAS, en su nivel central y las tres areas de salud, incluyendo la desconcentración.
- Suspensión de los nombramientos en el nivel central del MSPAS.
- Inicio de operaciones de la unidad coordinadora de transición del programa conforme a los términos acordados con el Banco.
- Incorporación al presupuesto del MSPAS para 1996 las provisiones necesarias para iniciar el proceso de reestructuración administrativa.
- Acuerdo sobre los programas específicos para la reestructuración de las dependencias centrales y Areas de salud del MSPAS

Previo al Segundo Tramo:

- El inicio de operaciones de la Unidad Coordinadora del Programa conforme a los términos acordados con el Banco.
- Apertura de partidas presupuestarias para las nuevas unidades del MSPAS.
- Redefinición del proceso de contratación de recursos humanos.
- Formulación de la estrategia de formación y capacitación de recursos humanos.

RESUMEN PLAN DE ACCION

- Preparación de programa de capacitación del personal del MSPAS congruente con la reestructuración.
- Preparación del sistema de incentivos para retener personal calificado.
- Congelamiento de puestos al nivel central.
- Establecimiento del sistema de abastecimientos y suministros de medicinas.
- Elaboración de los programas específicos para la reestructuración de las dependencias del MSPAS.
- Contratación de consultores para hacer un estudio sobre el sistema de mantenimiento de infraestructura y equipo.
- Contratación de consultores para el diseño del sistema informático y del sistema de monitoreo y evaluación.
- Contratación de consultores para elaborar un estudio sobre la reestructuración de las dependencias del MSPAS que son productores de materiales y servicios.

Previo al Tercer Tramo:

- Entrada en vigencia de las modificaciones al Código de Salud.
- Preparación de un proyecto de reglamento de la organización del MSPAS.
- La delegación de la administración de los recursos financieros y humanos (excepto nombramientos) en el nivel de las tres áreas de salud.
- Aprobación por el MSPAS de un programa para racionalización de su personal.
- Preparación del presupuesto congruente con la nueva estructura organizativa del MSPAS.
- Implantación del sistemas de mantenimiento, información, abastecimiento, y evaluación.
- Inicio de la ejecución de la reestructuración de las dependencias productores de materiales y servicios.
- Inicio de la ejecución del plan de racionalización de personal.
- Ejecución del programa de capacitación.

RESUMEN PLAN DE ACCION

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DECENTRALIZACION DE LAS AREAS DE SALUD DEL MSPAS

Previo al Primer Tramo:

- Acuerdo sobre el plan de acción y programas específicos para la reorganización de las Areas de Escuintla, Alta Verapaz, y Chiquimula.

Previo al Segundo Tramo:

- Definición del proceso de integración/separación de competencias de las funciones de contabilidad, caja y tesorería, compra y inventarios.
- Adopción del nuevo organigrama funcional.
- Inducción al personal.
- Elaboración de metodología y lineamientos de programación de los servicios locales.
- Diseño de los sistemas de administración presupuestaria, de administración, y de manejo informático.
- Preparación de un programa de capacitación.
- Asignación de recursos financieros y humanos.
- Establecimiento de los sistemas

Previo al Tercer Tramo:

- Delegación de la administración de recursos humanos y financieros en las Areas.
- Establecimiento del sistema de incentivos para reclutar y retener personal en las Areas.
- Ejecución del programa de capacitación.
- Implantación de los sistemas de administración presupuestaria, de administración, y de manejo informático.

PROYECTO DE RESOLUCION

GUATEMALA. PRESTAMO ____/OC-GU A LA REPUBLICA DE GUATEMALA
(Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Guatemala, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$25.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Guatemala, 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.

PROYECTO DE RESOLUCION

GUATEMALA. PAGO PARCIAL DE INTERESES DE LA COOPERACION TECNICA
REEMBOLSABLE No. ____/OC-GU A LA REPUBLICA DE GUATEMALA

(Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe para que en nombre y representación del Banco, en su carácter de administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, en adelante la "Cuenta", proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Guatemala, como Prestatario y a adoptar las demás medidas pertinentes para utilizar recursos de la Cuenta con el objeto de pagar una parte de los intereses adeudados por el Prestatario sobre los saldos deudores de la cooperación técnica reembolsable autorizada por la Resolución DE- /95, para financiar parte del costo del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, en adelante el "préstamo aprobado". Dicha parte representará hasta el 5% por año, sobre los saldos deudores del préstamo.

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

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

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

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

PROYECTO DE RESOLUCION

GUATEMALA. COOPERACION TECNICA REEMBOLSABLE NO. ____/OC-GU A LA REPUBLICA DE GUATEMALA PARA EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe para que proceda en nombre y representación del Banco a suscribir los acuerdos necesarios y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones a que se refiere el Documento PR- _____, que comprende la propuesta de préstamo y cooperación técnica reembolsable a la República de Guatemala para un Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud.
2. Destinar para los fines de esta resolución, hasta la suma de US\$13.554.500, o su equivalente, con cargo al Capital Ordinario del Banco.
3. Establecer que la suma anterior sea otorgada con carácter reembolsable, de acuerdo con las condiciones que a este respecto se estipulen en el convenio que se suscriba para esta operación, en adelante el "Convenio de Cooperación Técnica Reembolsable".
4. Establecer que el Convenio de Cooperación Técnica Reembolsable será suscrito simultáneamente con el Contrato de Préstamo No. ____/OC-GU.

PROYECTO DE RESOLUCION

GUATEMALA. PAGO PARCIAL DE INTERESES DEL PRESTAMO No. ____/OC-GU A
LA REPUBLICA DE GUATEMALA

(Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe para que en nombre y representación del Banco, en su carácter de administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, en adelante la "Cuenta", proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Guatemala, como Prestatario y a adoptar las demás medidas pertinentes para utilizar recursos de la Cuenta con el objeto de pagar una parte de los intereses adeudados por el Prestatario sobre los saldos deudores del préstamo autorizado por la Resolución DE- /95, para financiar parte del costo del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, en adelante el "préstamo aprobado". Dicha parte representará hasta el 5% por año, sobre los saldos deudores del préstamo.

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

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

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

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