



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: *Mejoramiento de la Salud Materno-Infantil.
Préstamo en Función de Resultados*

País: *Nicaragua*

Sector/Subsector: *Salud*

Equipo de Proyecto Original: *Gustavo Zuleta (RE2/SO2), Jefe de
Equipo de Proyecto; Jennifer Adams (COF/CNI); Amelia Cabrera
(RE2/SO2); Javier Cayo (LEG/OPR); Juan Carlos De La Hoz
(RE2/SO2); Catalina Gómez (RE2/SO2) y Nelson Hernández
(consultor).*

Número de Proyecto: *NI-L1001*

Número de Préstamo(s), CT(s): *1607/SF-NI*

Fecha del CRG: *10 de diciembre de 2010*

Fecha de Aprobación Final del PCR: *20 de diciembre de 2010*

PCR Equipo: *Emmanuelle Sánchez-Monin (SPH/CNI), Raúl Rivera
(Consultor), Domingo Orozco (Consultor). Se le agradece al
economista de País, Dougal Martin, los insumos provistos para la
sección de antecedentes, y a los revisores Gustavo Zuleta y Catalina
Gómez por sus aportes a la primera versión.*



Índice

I.	INFORMACIÓN BÁSICA	1
	<i>* MONTO ACTUAL (AJUSTADO PARA REDIRECCIONAMIENTO)</i>	<i>1</i>
II.	EL PROYECTO.....	1
A.	CONTEXTO DEL PROYECTO	1
B.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	5
C.	REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO (SI APLICA)	7
III.	RESULTADOS	8
A.	EFFECTOS DIRECTOS	8
B.	EXTERNALIDADES	11
C.	PRODUCTOS	11
D.	COSTOS DEL PROYECTO	13
IV.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	13
A.	ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS	13
B.	DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA	16
C.	DESEMPEÑO DEL BANCO	16
V.	SOSTENIBILIDAD	16
A.	ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS	16
B.	RIESGOS POTENCIALES	17
C.	CAPACIDAD INSTITUCIONAL	17
VI.	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	17
A.	INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS	17
B.	SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN EX-POST	17
VII.	LECCIONES APRENDIDAS	18

Anexos



Abreviaturas y Acrónimos

ANN	Asfixia Neonatal
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CA	Comités de Adquisiciones
CFAA	Informe de Evaluación Financiera y Auditoría
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, OMS
CPAR	Evaluación de la capacidad del Sistema Nacional de Adquisiciones
DG	Dirección General
DGECA	Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención (anteriormente Dirección General de Servicios de Salud)
DGPD	Dirección General de Planificación y Desarrollo
EFA	Estados Financieros Auditados
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
ESS	Enfoque Sectorial de Salud
HPP	Hemorragia Post-Parto
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ISDP	Informe de Seguimiento de Desempeño del Proyecto
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
MSS	Mesa Sectorial de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PBSS	Paquete Básico de Servicios de Salud
PFR	Programa en Función de Resultados
PNS	Política Nacional de Salud
SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Financiera
SILAIS	Sistemas Locales de Atención en Salud
SPD	Socios para el Desarrollo
UCP	Unidad Coordinadora de Proyecto



I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)							
NO. PROYECTO: NI-L1001	TÍTULO: Mejoramiento de la Salud Materno-Infantil						
Prestatario: República de Nicaragua	Fecha aprobación Directorio: 15 Diciembre 2004						
Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Salud	Fecha efectividad contrato préstamo: 01 Junio 2005						
Préstamo(s): 1607/SF-NI	Fecha elegibilidad primer desembolso: 12 Agosto 2005						
Sector: Salud	I.1.a.1.1 Meses en ejecución * desde aprobación: 65 meses * desde efectividad del contrato: 60 meses						
Instrumento de préstamo: Préstamo de Inversión en función de resultados (PFR o PDL en Inglés)	Períodos de desembolso Fecha original desembolso final: 1 Junio 2010 Fecha actual desembolso final: 22 de mayo de 2010 Extensión acumulativa (meses): 0 Extensión especial (meses): 0						
Reducción de Pobreza (PTI): Si Equidad Social (SEQ): Si Clasificación ambiental: C	Monto préstamo(s) * Monto original: 30,000,000.00 * Monto actual: 30,000,000.00 * Pari Passu (si aplica): 3,500,000.00 I.1.a.1.2 Desembolsos Monto a la fecha: (%) 100% Costo Total del Proyecto (Estimado Original): 33,500,000 Redireccionamiento Este proyecto: - recibió fondos de otro proyecto? [] - Envío fondos a otro proyecto? [] - N/A [X] <table border="1"><thead><tr><th>De/Para No. Proyecto</th><th>Para No. Sub-préstamo</th><th>Monto</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> * Monto actual (ajustado para redireccionamiento)	De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto			
De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto					
	En estado de "Alerta" Está el proyecto "en alerta" por PAIS: No De ser afirmativo, favor indicar razones: Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):						

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

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

1. **Marco socioeconómico – 2003-2009.** Durante el período del proyecto, Nicaragua era (y sigue siendo) el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe, lo cual estaba reflejado tanto en muchos indicadores de desarrollo como en los niveles de gastos absolutos en salud. Su economía, principalmente agroexportadora, era pequeña, abierta, y vulnerable a choques externos y desastres naturales. Durante el período del proyecto, el país avanzó en consolidar la estabilidad macroeconómica, tras superar una crisis bancaria y desequilibrios macroeconómicos en 2001. A partir de 2001 la inflación se situó en un dígito hasta la aceleración en el segundo semestre de 2007, lo cual fue bastante relacionado con el aumento en los precios internacionales de combustibles y alimentos. Han sido considerables los avances en fortalecer la sostenibilidad de la deuda pública a través de las condonaciones acordadas bajo las iniciativas HIPC (Heavily Indebted Poor Countries) y MDRI (Multilateral Debt Relief Initiative). Se ha revertido el déficit fiscal de más que 12% del PIB en el 2001 a un superávit de 1% en el 2007 y pequeños déficits en 2008 y 2009. Y el país logró acelerar el ritmo de crecimiento de 0.8% en 2002 a más que 4% entre 2004-2006 y 3% en 2007-2008, antes de la recesión en 2009.
2. En el período anterior a la formulación, Nicaragua había progresado en el proceso de reducción de la pobreza, exhibiendo tasas de pobreza del 45,8% en 2001 vs. 50,3% en 1993 y 15,1% de extrema pobreza en el 2001 vs. 19,4% en 1993. No obstante, los indicadores de salud estaban rezagados, donde era necesario aumentar la cobertura de los servicios. Estimaciones preliminares indicaban que, para mantener la reducción de la pobreza lograda y alcanzar las metas del milenio en el 2015, sería necesario aumentar el gasto social anual en un 3,3% del PIB. Esto sería posible con tasas de crecimiento sostenidas del PIB de alrededor del 5,0%.
3. **Situación de salud en el país.** Nicaragua contaba con 5,4 millones de habitantes (año 2004), con una situación epidemiológica que combinaba problemas de salud prevenibles y no prevenibles, cuyas dimensiones reflejaban desigualdades de acuerdo a las condiciones socioeconómicas. Los dos elementos más relevantes de la situación de salud en el país tenían que ver con las altas tasas de mortalidad infantil y materna, desafíos importantes asociados al sector salud dentro de las metas de la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
4. En el ámbito de la mortalidad de menores de cinco años los ODM plantearon la reducción en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, esto es de 66 a 22 por 1.000 nacidos vivos para Nicaragua según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En cuanto a la mortalidad materna, la meta al 2015 es reducir en tres cuartas partes el indicador alcanzado en 1990, situación que significaría pasar de 160 a 40 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos de acuerdo con estas mismas estimaciones. Como evolución al primer quinquenio cumplido, el “*World Development Indicators 2003*” del Banco Mundial revelaba que para el 2000 la mortalidad infantil considerada en los ODM para Nicaragua llegaba a 41 por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad materna alcanzaba 230 por 100.000 nacidos vivos. Este valor para el año 2000 era sensiblemente más alto que la línea de base de 1990 debido a la mejoría alcanzada en los registros de información (en consecuencia más confiable que el reportado para 1990).
5. La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) del 2001 estableció que más del 50% de las muertes maternas tenían causas de origen obstétrico y prevenibles, siendo las

más importantes la hemorragia posparto, la sepsis puerperal y la hipertensión gestacional. La prevención de estos eventos requiere del acceso a la atención de calidad para la mujer embarazada en las consultas prenatales, para detectar riesgos obstétricos y referir la atención del parto en un establecimiento de suficiente capacidad resolutive según ese riesgo, con el acceso y calidad de la atención al parto en una unidad de salud y por personal especializado y con las consultas de rutina durante el puerperio para evitar complicaciones post embarazo.

6. La ENDESA (2001) identificó también algunos factores de riesgo, la mayor parte de ellos prevenibles, asociados con una mayor probabilidad de muerte en el menor de un año: cuando la madre tiene baja escolaridad, cuando el intervalo ínter genésico es menor de dos años, tener bajo peso al nacer, y cuando la madre no recibe cuidados prenatales o el parto es atendido sin ayuda profesional, por lo que la preocupación por aumentar la cobertura de los servicios ya descritos para reducir la mortalidad materna es doblemente relevante. Complementariamente, estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) para el 2001 revelaban que los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal¹ representaban un poco más de un tercio de las muertes infantiles.
7. Para el año 2000 la mortalidad infantil en Nicaragua estaba bastante influenciada por la condición socioeconómica y barreras en el acceso a los servicios. Mientras que la mortalidad infantil en la zona urbana se situaba en 28 muertes por 1.000 nacidos vivos, la cifra en la zona rural se ubicó en 43. Estas disparidades fueron confirmadas por la ENDESA 2001 (y todavía en la ENDESA 2006/07) en términos de los quintiles de bienestar. Las comparaciones entre los quintiles mostraban una drástica caída de las tasas de mortalidad infantil y en la niñez a medida que aumenta el bienestar del grupo social, justificando la focalización del Programa en los 80 municipios más pobres (de un total de 153 municipios).
8. **El sector salud en 2004.** En el año 2004 el sector salud estaba conformado por dos subsectores: el público, integrado mayoritariamente por el MINSA (en cuanto a financiamiento y prestación de servicios) y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS, en cuanto a financiamiento de los regímenes contributivos); y el subsector privado, donde participan entidades con y sin ánimo de lucro. Entre las últimas, algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) brindaban servicios de salud básicos, principalmente materno infantiles y de carácter promocional y preventivo. Con una cobertura de 60% de la población en el 2003, el MINSA ha sido el principal oferente de servicios de salud en el país por medio de su red² de servicios en los dos niveles de atención. Para complementar la prestación de servicios en lugares donde el MINSA no tenía establecimientos de salud y principalmente en zonas de difícil acceso, el MINSA realizaba compra de servicios a algunas ONG, pero esa práctica fue cesada a partir del año 2007 al

¹ Perinatal = desde las 22 semanas de gestación hasta los seis días del nacimiento; Neonatal = de los siete días a los 28 días desde el nacimiento; post neonatal = de los 28 días del nacimiento a los 11 meses de vida. Mortalidad infantil = antes de cumplir un año de vida; en la niñez = del menor de 5 años. En el caso de las muertes neonatales, las principales causas eran infecciones (sepsis y neumonías), síndrome de distrés respiratorio, asfixias y malformaciones congénitas. En el período post neonatal, las causas más importantes eran neumonías y diarreas.

² El primer nivel, constituido por los centros de salud y los puestos de salud, ofrece casi la totalidad de servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos de salud. La red primaria estaba conformada por 843 puestos de salud y 177 centros de salud (27 de los cuales tienen camas). El segundo nivel estaba conformado por 31 instituciones hospitalarias con mayor capacidad de resolución, pero no necesariamente integrados al primer nivel de atención para facilitar el acceso y la oportuna referencia y contra referencia de los pacientes cuando la complejidad del caso lo amerita.

asumir las autoridades de la actual administración del GONI. Los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS, creados en 1990) son la delegación en el nivel departamental del MINSA y en ellos estaban desconcentrados ciertos aspectos técnicos y administrativos, apoyando la coordinación de la red de hospitales departamentales, los centros y puestos de salud locales. Los hospitales de referencia nacional ubicados en Managua eran autónomos lo cual contribuía a limitar su articulación con la red primaria.

9. El gasto público social per cápita en Nicaragua seguía siendo uno de los más bajos de Centroamérica, a pesar de haber aumentado más del 50% durante la década de los 90, para pasar en dólares corrientes de US\$49 hasta llegar a US\$75 en el año 2000. De todo el gasto público social, el sector salud recibía el 38%, lo cual le permitía disponer en el año 2003 de un gasto anual per cápita en dólares corrientes de US\$27, muy por debajo de los US\$33 anuales definidos por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la cifra mínima para garantizar el acceso a los servicios básicos. Esta cifra se ha modificado siendo de US\$26.6 en 2004, US\$30.9 en 2005, US\$32.6 en 2006, US\$37.8 en 2007, US\$41.1 en 2008 y US\$43.3 en 2009³, ubicándose actualmente sólo por encima de Haití y Ecuador dentro de América Latina. *[pendiente fuentes de los datos]*
10. Amparado en la Ley General de Salud aprobada en 2002, el MINSA había dado un paso importante en la vía del reordenamiento de los modelos de atención al desarrollar un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este modelo implicaba la organización de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios mediante redes conformadas por un conjunto de establecimientos comunitarios, públicos y privados de diversa complejidad, niveles y modalidades de atención, que de manera articulada compartían objetivos comunes entre sí para responder mejor a la demanda de la población. La estrategia central era la prestación de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). También basado en la Ley, a partir de 2004 los SILAIS recibirían gradualmente las competencias y los recursos para asimilar funciones de organización y supervisión de la prestación de los servicios.
11. **Capacidad de ejecución.** En un esfuerzo de fortalecimiento institucional desarrollado con el Programa 1027/SF-NI⁴, se procedió a una transferencia gradual de responsabilidades fiduciarias desde la inicial Unidad de Coordinación de Programa (UCP) hacia la estructura organizativa permanente del MINSA. Así, la UCP previó en el Manual Operativo de ese Programa que las decisiones sobre pliegos y adjudicaciones recayeran en Comités de Adquisiciones (CA) conformados para cada proceso por tres representaciones permanentes (legal, administrativo y estratégico (DGPD)) y dos representaciones ad hoc que incluían al solicitante del bien o servicio y un experto técnico en el tema, todos de la línea del MINSA. Con respecto al control financiero y la preparación de los Estados Financieros (EF) del Programa, la UCP migró hacia la utilización del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGFA) del País para registrar presupuestaria y contablemente las transacciones del Programa. La opinión de los auditores externos sobre los estados financieros al 31 de diciembre de 2003 fue expresada sin salvedades. En virtud de ello, el Banco habilitó procedimientos de revisión ex-post para adquisiciones por montos menores de US\$10.000 para compras de bienes y servicios, y de US\$8.000 para contrataciones de servicios de consultoría.

³ Cálculos del BID a partir de los Informes de la Ejecución Presupuestaria del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) para los años respectivos. (www.mhcp.gob.ni)

⁴ Modernización de la Red Hospitalaria (NI0024) ejecutado entre 1999-2004.

12. Durante la preparación del proyecto se contó con un dictamen técnico de la firma consultora y auditora KPMG referido a las condiciones de elegibilidad del MINSA para ejecutar un Préstamo en Función de Resultados (PFR) y que pudieran habilitar la utilización de procedimientos nacionales de contratación. Se revisaron también otros antecedentes como el Informe de Evaluación de la Capacidad del Sistema Nacional de Adquisiciones, el Informe de Evaluación Financiera y de Auditoría (CPAR y CFAA por sus siglas en inglés) y el Informe de Seguimiento de Desarrollo del Proyecto (ISDP) del préstamo para el Mejoramiento de la Eficiencia y Transparencia del sistema de compras y contrataciones del Estado⁵. Se concluyó que el país cumplía satisfactoriamente con las ciertas condiciones⁶, pero que una serie de aspectos importantes se encontraban en proceso de revisión y adecuación, por lo que no era posible recomendar la utilización de los procedimientos nacionales para todas las adquisiciones con independencia de su monto, ni prescindir de una auditoría financiera independiente. El país aceptó entonces que bajo este PFR se aplicaran las políticas y procedimientos fiduciarios del Banco.
13. **Estrategia del país en el sector y Experiencia en el seguimiento de resultados.** En 2002 se llevó a cabo el Foro de Coordinación de la Cooperación Internacional dando inicio a un diálogo sobre la cooperación entre el Gobierno de Nicaragua y la comunidad de cooperantes con el propósito de mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional y optimizar el uso de los recursos nacionales y provenientes de la cooperación internacional, a través de la definición de programas integrales que contribuyeran a reducir la dispersión de proyectos. Se crearon las primeras mesas de coordinación sectoriales. En el sector salud, el proceso había iniciado desde 2001 con la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS) y en 2004 se consolidó la Mesa Sectorial. Entre 2004 y 2005 se formalizaron mecanismos de un Enfoque Sectorial Ampliado (o SWAp). Partiendo de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo del país y tomando como referentes los retos de la ERCERP y los ODM, se formuló un conjunto de lineamientos de política, operacionalizados en el Plan Quinquenal de Salud para el período 2005-2009. El apego a este instrumento del SWAp por parte de la mayoría de los donantes del sector (incluyendo el BID) fue formalizado por medio del código de conducta⁷ (2004-2009) y algunos adoptaron mecanismos de financiamiento mancomunados a través del memorándum de entendimiento (2005-2009), constituyéndose el FONSALUD.
14. La PNS destacaba: (i) la ampliación de la cobertura de atención con calidad especialmente dirigida a la población vulnerable, utilizando como elemento central la entrega de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) especialmente dirigido al sector materno-infantil y la complementariedad entre los prestadores públicos y privados; (ii) el fortalecimiento de la

⁵ 1064/SF-NI

⁶ (i) las entidades involucradas aplicaban prácticas y procedimientos de adquisición compatibles con los principios de competencia, economía, transparencia, equidad, publicidad y debido proceso y (ii) que el país contaba con un régimen jurídico que autoriza la presentación, tramitación y liquidación de protestas por firmas participantes en los procesos de licitación, y cuya aplicación era adecuada y la otra condición (iii) contaban con estrictos sistemas de gestión financiera, contabilidad y control, y dichos sistemas funcionaban bien, se cumplía también en el ámbito de las adquisiciones centralizadas, aún cuando presentaba un conjunto de recomendaciones de control financiero interno de solución directa del MINSA.

⁷ 24 países, agencias especializadas e instituciones multilaterales de financiamiento estaban activas en el sector de las cuales 8 firmaron el Código de Conducta y 7 suscribieron el Memorandum de Entendimiento, con 6 de ellos canalizando sus recursos de forma mancomunada en el FONSALUD.

atención primaria, dando énfasis en la asignación de recursos a elementos críticos de la promoción, prevención y comunicación buscando comportamientos saludables; y (iii) el apoyo a la consolidación del sistema nacional de salud, poniendo el mayor esfuerzo político y financiero en la desconcentración de las capacidades de organización y supervisión de la red asistencial hacia los SILAIS dentro del marco operativo del MAIS.

15. El MINSA había iniciado un esfuerzo de gestión por resultados en el marco de la ERCERP donde se identificaron un conjunto de indicadores intermedios vinculados a la reducción de la morbi-mortalidad de las madres y niños. Estos indicadores fueron: (i) la captación precoz del embarazo a través de controles prenatales; (ii) la atención institucional del parto; y (iii) la inmunización de los niños menores de un año. Para ellos, se definieron metas anuales de carácter intermedio a conseguir y un cercano sistema de seguimiento y evaluación de este proceso que había sido apoyado por el Banco, a través del Programa Sectorial Social en Apoyo a la ERCERP⁸. Así, el MINSA había afinado sus sistemas de recolección y análisis de la información, de manera que existiera información oportuna sobre los avances en la consecución de las metas planeadas. Inclusive, en consenso con los cooperantes internacionales se definieron 22 indicadores para seguimiento del Plan Quinquenal 2005-2009. Ese Plan sirvió de guía a la cooperación hasta su evaluación intermedia en el año 2008, cuando fue derogado por las autoridades de salud y sustituido por planes institucionales de corto plazo orientado a resultados bajo el referente del PNDH.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) del Desarrollo

1. El objetivo de este Préstamo en Función de Resultados (PFR, el primero aprobado por el Banco), era mejorar las condiciones de salud de la población más pobre del país, contribuyendo a reducir el perfil de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables que afecta especialmente a quienes viven en localidades pobres del sector rural con concentración de población indígena y en localidades urbano marginales, apoyando el logro de los objetivos del milenio en salud y la reducción de las disparidades entre estos indicadores y los promedios nacionales.
2. La población objetivo fueron las mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años, residentes en comunidades rurales dentro de los 80 municipios más vulnerables del país perteneciente a 12 SILAIS priorizados. Los SILAIS fueron seleccionados a través de criterios objetivos de focalización geográfica extraídos de la información censal disponible en 2004, actualizada con la ENDESA 2001 y la Encuesta de Medición de Niveles de Vida 2001. Ambas permitieron comparar el porcentaje de población en el quintil más pobre por departamento (ámbito del SILAIS) como aproximación del nivel de pobreza. Se tomaron en cuenta además factores relacionados con el acceso a las unidades de salud (porcentaje de la población a más de una hora del centro de salud más cercano), y la situación de salud (tasas de mortalidad materna e infantil). Para seleccionar a los municipios se aplicó la misma metodología pero restringida a los ámbitos de pobreza y acceso. De esta manera, el objeto

⁸ Operación NI-1083, contrato 1721/SF-NI. En este caso particular, se trabajó con un conjunto de SILAIS priorizados sobre la base de la información que registran sistemáticamente en este ámbito las respectivas Direcciones de Estadísticas. Esta información sirvió como referencia general para el establecimiento de la línea de base y la fijación de metas realistas en función de números de casos que fueron revisados por la División General de Planificación y Desarrollo (DGPD) del MINSA en colaboración con sus respectivas áreas técnicas.

era también reducir las desigualdades en el acceso a la salud. Hacia el 2003 y de acuerdo con los criterios de focalización establecidos, la población objetivo representaba un total aproximado de 450.000 mujeres en edad fértil y niños menores de cinco años.

3. Adicionalmente, mediante una condición contractual que previó la evaluación especial de la capacidad fiduciaria, se contribuiría también al fortalecimiento institucional del MINSA en los temas de adquisiciones, gestión financiera y control interno, para asegurar que se mantuviera las condiciones necesarias para la ejecución de un PFR.

ii. Componentes

4. Como Préstamo en Función de Resultados, el Programa no presentó una estructura de componentes ni planteó metas de productos. Más bien se estructuró alrededor del logro de resultados finales en la reducción de la principal carga de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables y de resultados intermedios relacionados con la cobertura de una serie de actividades preventivas y promocionales como controles del embarazo, junto a actividades resolutivas como la cobertura institucional (o sea, en establecimiento de salud) del parto con personal calificado. Todos estos indicadores de carácter trazador fueron seleccionados con el criterio de contemplar el circuito integral del embarazo, parto y posparto donde se concentran las principales ocurrencias y causas de mortalidad materno-infantil que son evitables, sujetas a un mayor control del sistema de salud.
5. Los cinco indicadores están reflejados en el cuadro de Indicadores Claves de Efectos Directos, así como las metas anuales que, si se lograban, determinaban la elegibilidad de cuatro tramos de desembolso luego de un primer adelanto. Los tres indicadores clasificados como intermedios (“N° de Embarazadas con Captación Precoz”, “N° de Embarazadas con 4 Controles Prenatales” y “N° de Partos Institucionales por Residencia”) eran condicionantes de los cuatro tramos y los finales (Proporción de Egresos por Asfixia Neonatal y Proporción de Egresos por Hemorragia Postparto) únicamente del cuarto (y último) tramo.
6. Para certificar el cumplimiento con las metas, el Banco contrató con recursos del Programa una Auditoría del Desempeño en los municipios, hospitales y SILAIS seleccionados, que consistió en verificar y validar los resultados reportados por el MINSA, incluyendo dictaminar sobre la confiabilidad y oportunidad de los registros.
7. En términos de productos, sin bien no existió una predeterminación de acciones y productos a entregar, el financiamiento debía ser destinado a una lista predefinida de gastos elegibles, en primer lugar que tendrían que beneficiar a los 80 municipios seleccionados de los 12 SILAIS priorizados. La auditoría financiera incluyó una certificación del uso de los recursos del Programa exclusivamente bajo estas condiciones de elegibilidad. El contrato previó un primer desembolso por el 20% del monto total del préstamo en concepto de adelanto, y cuatro tramos (también del 20% cada uno) doblemente condicionados: (1) al logro de las metas de resultados, y (2) a que el MINSA tenía que presentar el detalle de los gastos elegibles efectuados y que determinaban el monto a desembolsar, habiendo descontado la cuarta parte correspondiente del adelanto. El concepto de los desembolsos luego del adelanto era entonces por reembolso de gastos elegibles efectuados, además de por resultados. Los conceptos elegibles eran:

- Gastos relacionados con la provisión del Paquete Básico de Servicios de Salud⁹ (PBSS); considerando dos modalidades de financiamiento: compra de servicios institucionales a prestadores públicos a través de convenios de gestión, compra de servicios no institucionales (a ONG) a través de contratos de gestión.
- Construcción, habilitación o rehabilitación, más los costos de operación de casas maternas¹⁰.
- Inversiones en unidades de salud del primer nivel de atención y en hospitales de salud del segundo nivel, incluyendo rehabilitación y construcción de infraestructura, y su equipamiento médico e industrial, tal como calderas, autoclave, cocinas, incineradores y refrigeradores. Se consideraba también elegible el gasto en mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento.
- Insumos médicos como medicamentos, material de reposición periódica, reactivos, hemo-derivados, gases medicinales y ropa hospitalaria.
- Asistencia técnica, consultorías, actividades de capacitación, sistemas de información y equipamiento informático que aseguran el fortalecimiento institucional del MINSA para:
 - continuar mejorando su capacidad de ejecución en materia de adquisiciones, gestión financiera y control interno;
 - la operación de un sistema de seguimiento y evaluación del logro de las metas intermedias y finales, junto con la posibilidad de realizar una evaluación integral del proceso de extensión de cobertura de salud;
 - El desarrollo y aplicación de protocolos de atención de salud y mecanismos de derivación y contra derivación entre el primer y segundo nivel de atención;
 - El desarrollo del control social por la propia comunidad, la implementación de acciones de comunicación que difunda los resultados logrados y eduque a la población en prevención y promoción de salud, contemplándose también el financiamiento de encuestas de satisfacción de usuarios.
- Administración del Programa, siempre y cuando no sobrepasaran el 10% del total del financiamiento.
- Medios de transporte (vehículos, ambulancias y lanchas de motor) requeridos para traslado de pacientes y/o actividades de monitoreo y evaluación del proyecto, siempre y cuando su costo no excediera del 2% del total del préstamo.
- Auditoría independiente de desempeño y auditoría externa financiera.
- Gastos financieros del préstamo (intereses y Fondo de Inspección y Vigilancia-FIV).

c. Revisión de la Calidad del Diseño (si aplica)

NA

⁹ El PBSS indicado en el MAIS, de carácter preventivo, curativo y promocional con énfasis en las atenciones dirigidas hacia la madre y los niños y según el manual de extensión de cobertura del MINSA.

¹⁰ Son albergues para las mujeres embarazadas originarias de zonas aisladas del país en las últimas dos semanas supuestas de su embarazo, que quedan en la cercanía de la unidad de salud para atender su parto.

III. Resultados

a. Efectos Directos

1. Si bien los resultados en términos de cobertura de servicios de salud materno infantil y resultados en la salud no se pueden atribuir con exclusividad a esta operación, la auditoría del desempeño incluida en el diseño del PFR permitió documentar de manera rigurosa esos resultados alcanzados (ver tabla abajo) en el ámbito de acción y geográfico del Programa. La mortalidad materna y la mortalidad infantil en los Municipios y SILAIS monitoreados presentaron un descenso regular y significativo en el período del Programa, (ver anexo: Informe Comparativo de Muertes Maternas (MINSA), Informes anuales de Auditoría de Desempeño, 2007-2009).
2. De los cinco indicadores de resultados, tres reflejaban efectos de corto plazo en la mejoría de la cobertura de la atención al embarazo (preventiva) y parto (curativa), y dos indicadores reflejaban impactos, esperados en el más largo plazo, de una mejor calidad de esa atención ya que documentan un mejor estado de salud en el parto y post parto de la mujer (proporción de egresos por hemorragia post parto - HPP) y niño (proporción de egresos por asfixia neonatal - ANN). Los tres primeros indicadores incluyeron metas intermedias y eran objeto de medición para cada tramo, mientras que los últimos dos indicadores fueron previstos para medirse al final del programa, y formar parte de las condiciones que desencadenarían el último desembolso (tramo IV) únicamente.
3. En el caso de los indicadores de efectos de corto plazo sobre mejoría de la cobertura, **todos han sido sistemáticamente cumplidos, inclusive dos de ellos sobre-cumplidos**. Producto de ello, el MINSA fue declarado elegible para recibir los desembolsos en cada uno de los cuatro respectivos tramos por desempeño.
4. En cuanto a los indicadores de impacto sobre el estado de salud, el indicador de Hemorragia post parto tuvo que ser descartado por problemas intrínsecos (ver sección de factores críticos) y el indicador de Asfixia Neonatal llegó dentro del 80% de la meta original, a ciertas luces muy ambiciosa.
5. A pesar de que esos indicadores finales no suponían ser sujetos de mediciones intermedias, la Firma propuso realizar un seguimiento temprano de su comportamiento y análisis de brechas. A través de ello se documentó tempranamente que los indicadores finales presentaban un comportamiento errático, y en el caso de las hemorragias especialmente, se mantuvieron constantemente muy por debajo de la meta fijada pero con aumentos y disminuciones de forma alterna. Siendo las hemorragias postparto y las asfixias neonatales entre las principales causas respectivas mortalidad materna y neonatal, y dado que existían evidencias de un descenso de las muertes maternas e infantiles en el período del programa y entre su población meta, el Banco promovió en 2008 un análisis detallado del comportamiento de los dos indicadores, llevando a su modificación tal como detallado abajo. Ese análisis proveyó las justificaciones técnicas para aprobar una modificación contractual (antes de la última medición) en cuanto a los indicadores finales, detallada como sigue.
 - Dado que el nivel ambicioso de la meta en cuanto a “Egresos por Asfixia Neonatal” no presenta una clara justificación, que ese indicador como síndrome tiende a presentar variaciones y que el impacto que refleja tiende a requerir de un plazo mayor al del Programa, reducir el umbral de cumplimiento para los indicadores finales del 95% al 80%.

- Dadas las deficiencias de registro histórico y de clasificación, redundantes en un sobre-registro significativo del indicador de “Egresos por Hemorragia Postparto”, así como la ausencia de una justificación clara de la meta fijada, dispensar el cumplimiento de esta meta como indicador final desencadenante del Tramo IV de desembolso. No obstante, el nivel alcanzado y la calidad de los datos en ese indicador deberán ser documentados por el MINSA y certificados por la auditoría de desempeño aunque no constituya una condición para el desembolso de ese Tramo.
 - Reclasificar el indicador “Atención del parto en establecimiento de salud por personal calificado” como indicador final, desencadenante del desembolso del Tramo IV.
6. Esa modificación no alteró el objetivo de desarrollo del programa, más bien mejoraría la probabilidad de su logro, abriendo la posibilidad del desembolso de los recursos del IV tramo, en reconocimiento de las limitaciones de información que existieron al momento de establecer la línea de base y fijar la meta de estos dos indicadores, así como las deficiencias en el manejo por parte del sistema de salud de estos indicadores finales hasta esa fecha (2008).
 7. Se descartó la posibilidad de proponer una meta alternativa para el Indicador de Asfixia Neonatal, o de identificar un indicador final adicional, con el criterio de que lo anterior implicaría distraer recursos significativos del MINSA y del Programa, cuando el espíritu del PFR era precisamente de limitar los costos de transacción, descansar en sistemas y prácticas lo más institucionalizadas posibles, y concentrar el uso de los recursos en el logro directo de los resultados. En este sentido, además de la modificación descrita arriba el equipo acordó con el Ministerio implementar las acciones necesarias para mejorar el desempeño del sistema de salud medido por los dos indicadores considerados, incluyendo tanto mejorar el seguimiento del trabajo de parto y del puerperio como mejorar el uso (clasificación) y registro de estos indicadores, acciones que fueron financiadas en parte a través de la operación de inversión 1897/BL-NI.

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)			
Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito)			
1. Reducir la morbi-mortalidad materna e infantil por causas evitables en las comunidades rurales, urbano marginales y con población indígena pertenecientes a los 80 municipios priorizados por el Ministerio de Salud, reduciendo las diferencias de estos indicadores con los promedios nacionales.			
Clasificación: MP, P , PP, I.			
Indicadores Claves de Efectos Directos FALTA CAPTACIÓN PRECOZ			
1.1 Descripción: Número de embarazadas captadas precozmente (durante el primer trimestre de embarazo) para su primer control prenatal en los 80 municipios dentro de los 12 SILAIS priorizados. Unidad: Embarazadas captadas precozmente			
<u>Línea de Base</u>	<u>Intermedia</u>	<u>Término del Proyecto</u>	
26.578 (31 dic 2004)	27.923 (31 dic 2006)	31.670 (31 dic 2008)	1.1 31.254 (31 dic. 2008)
1.2 Descripción: Número de embarazadas registradas con 4to. Control prenatal en los 80 municipios dentro de los 12 SILAIS priorizados. Unidad: Embarazadas con el 4to. Control prenatal			
<u>Línea de Base</u>	<u>Intermedia</u>	<u>Término del Proyecto</u>	
28.656 (31 dic 2004)	29.521 (31 dic 2006)	31.228 (31 dic 2008)	1.2 35.569 (31 dic. 2008)
1.3 Descripción: Número de partos atendidos en establecimientos de salud por personal calificado, en los 80 municipios dentro de los 12 SILAIS priorizados. Unidad: Partos			
<u>Línea de Base</u>	<u>Intermedia</u>	<u>Término del Proyecto</u>	
27.978 (31 dic 2004)	29.394(31 dic 2006)	32.190 (31 dic 2008)	1.3 38.229 (31 dic. 2008)
1.4 Descripción: proporción de egresos por asfixia neonatal en los 12 hospitales de los 12 SILAIS priorizados. Unidad: Porciento			
<u>Línea de Base</u>	<u>Intermedia</u>	<u>Término del Proyecto</u>	
2,57% (31 dic 2004)		1,88% (31 dic 2008)	1.4 2,28% (31 dic. 2008)
1.5 Descripción: Proporción de egresos por Hemorragia postparto en los 12 hospitales de los 12 SILAIS priorizados Unidad: Porciento			
<u>Línea de Base</u>	<u>Intermedia</u>	<u>Término del Proyecto</u>	
0.87% (31 dic 2004)		0.62% (31 dic 2008)	1.6 1,24% (31 dic. 2008)
Reformulación.			
[X]N/A			
Reajuste ISDP: indicar si y cuándo el ISDP fue reajustado, y explicar cambios que resultaron de este ejercicio.			
[X]N/A			

Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD)			
<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input checked="" type="checkbox"/> Probable (P)	<input type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
Justifique brevemente la clasificación basada en el grado de cumplimiento de las metas planeadas, explicando las diferencias entre los efectos directos planeados y los logrados, así como otros factores relevantes. Indicar referencias sobre la evidencia que respalda dichos resultados.			
<p>Los cinco indicadores trazadores reflejan efectos y resultados del programa, tres de ellos, efectos de corto plazo en la mejoría de la cobertura de la atención al embarazo (preventiva) y parto (curativa), y dos indicadores reflejan impactos, esperados en el más largo plazo, de una mejor calidad de esa atención ya que documentan un mejor estado de salud en el parto y post parto de la mujer (proporción de egresos por hemorragia post parto - HPP) y niño (proporción de egresos por asfixia neonatal - ANN). Todos los indicadores de efectos de corto plazo han sido sistemáticamente cumplidos, inclusive dos de ellos sobre-cumplidos. La evidencia internacional documenta que las intervenciones de los tres indicadores intermedios son costo efectivas para disminuir la mortalidad materna e infantil. De hecho, en el período del programa y áreas beneficiadas quedó documentado un descenso de las muertes maternas e infantiles.</p> <p>La modificación antes de la medición del cuarto tramo de los indicadores finales está discutida en la sección de factores críticos, y no constituyó una modificación del objetivo de desarrollo ni mucho menos disminuyó su posibilidad de logro. La evolución del indicador de asfixias neonatales, de mayor confiabilidad, fue positiva mostrando un descenso significativo, ya que llegó dentro del umbral del 80% de la meta. El reporte del indicador de Hemorragias post parto no es del todo confiable ni en el nivel de base reportado ni en los niveles intermedios, por lo que no se puede inferir sobre su evolución.</p>			
Estrategia de País: Dados los resultados descritos arriba, indicar brevemente cómo el proyecto contribuyó a la estrategia del Banco en el país.			
<p>Con base en el Documento GN-2230-1 BID: Estrategia de país con Nicaragua, el proyecto contribuyó al Enfoque Estratégico 3, “Productividad de los Grupos más pobres”.</p> <p>Para el país, el proyecto respondió a los Objetivos del Plan Quinquenal de Salud 2005-2009: Contribuyó a los siguientes ejes centrales: (i) Aumento de la Cobertura de los Servicios de Salud; y (iii) Rectoría, Desarrollo, Fortalecimiento Institucional y Descentralización. A partir de Agosto 2008 el Programa respondió a las prioridades de los Planes Institucionales.</p>			

b. Externalidades

1. Producto directo de las intervenciones propuestas a raíz de la auditoría de desempeño para mejorar los indicadores de salud materno-infantil, pero sin que fuera un objetivo explícito de ésta, se contribuyó a establecer compromisos por parte de las unidades prestadoras de servicio de incorporar acciones en un Plan de contención de la mortalidad materna y neonatal institucional.
2. La experiencia del PFR también aportó al Enfoque Sectorial en Salud (ver pag. 5 y nota 7) ya que los Socios para el Desarrollo activos en la Mesa de Salud solicitaron conocer el mecanismo de financiamiento, particularmente la metodología de auditoría del desempeño y financiera. El Banco Mundial solicitó inclusive ampliar el alcance del contrato de la firma para incluir la revisión del cumplimiento de los indicadores pactados en su crédito con el MINSA. El Programa contribuyó entonces hacia la alineación y armonización de los cooperantes del MINSA.

c. Productos

1. Entre los gastos elegibles definidos para el financiamiento, la compra de servicios fue el rubro más importante, con el 51% de los recursos del financiamiento imputados en este concepto. Debido al cambio de políticas en el 2007, desde el cual la prestación de servicios sociales con financiamiento público por intermedio de entidades no gubernamentales quedó descartada, la compra “institucional”, operativizada a través de los acuerdos de gestión

(ahora acuerdos sociales) entre el nivel central y los SILAIS, hospitales y/o centros municipales, en lugar de ser una modalidad “excepcional” se volvió modalidad única.

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)			
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto		
NA Gastos Elegibles: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compras de servicios institucional y no institucional 2. Infraestructura, equipamiento e insumos 3. Mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento médico e industrial 4. Capacitación, Consultoría y Asistencia Técnica, prioritariamente destinada al fortalecimiento institucional del Organismo Ejecutor 5. Administración del Proyecto (no más del 10%) 6. Medios de Transporte y traslado de pacientes (no más del 2%) 7. Auditorías 8. Cargos Financieros (Intereses y FIV) <p>BID: U.S. \$30,000,000.00 Desembolso BID %: 100% Contrapartida: U.S. \$3,500,000.00. <i>I.1.a.1.2.1.1.1.1 Clasificación: MS, S, PS, MI</i></p>	I.1.a.1.2.1.1.2	<u>Productos Planeados</u> <u>s NA</u>	<u>Fin de Proyecto</u> I.1.a.1.2.1.1.3 <u>Término de Proyecto</u> Uso de recursos en los conceptos de gastos elegibles. <ol style="list-style-type: none"> 1. Compras de servicios institucional y no institucional: 51% 2. Infraestructura, equipamiento e insumos: 10,5% 3. Mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento médico e industrial: 20% 4. Capacitación, Consultoría y Asistencia Técnica: 7% 5. Administración del Proyecto: 6.3% (límite del 10% respetado) 6. Medios de Transporte y traslado de pacientes: 0,5% (límite de 2% respetado) 7. Auditorías: 3,7% (incluyó la auditoría de desempeño) 8. Cargos Financieros (Intereses y FIV): 1%
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (sin aplica). [N/A]			
Reestructuración. Indique si el proyecto ha sido reestructurado (fecha aprobación Gerente)(si aplica). Describir brevemente las consecuencias de estos cambios. [N/A]			
Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (PI):			
[] Muy Satisfactorio [S] Satisfactorio (S) [] Poco Satisfactorio (I) [] Muy Insatisfactorio (MI)			

d. Costos del Proyecto

Costo Total del Proyecto - Planeado (US\$000)			Costo Total del Proyecto – Actual (US\$000)				% Diferencia	
Fuentes de Financiamiento			Concepto de gasto elegible	BID	Local	Total	% (sobre total)	NA
			1 Compras de servicios institucional y no institucional	15,287	1,429	16,717	49.9%	
BID	Local							
30,000	3,500		2 Infraestructura, equipamiento e insumos	3,132	716	3,849	11.5%	
			3 Mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento médico e industrial	5,910	969	6,879	20.5%	
			4 Capacitación, Consultoría y Asistencia Técnica	2,120	117	2,238	6.7%	
			5 Administración del Proyecto	1,920	267	2,187	6.5%	
			6 Medios de Transporte y traslado de pacientes	191		191	0.6%	
			7 Auditorías	1,136		1,136	3.4%	
			8 Cargos Financieros (Intereses y FIV)	300		300	1%	
			TOTAL		30,000	3,500	33,500	
			Explique brevemente diferencias.					
NA								

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

1. **Contexto general del sector.** Los años iniciales de ejecución fueron afectados por una huelga en el sector salud entre noviembre de 2005 y mayo de 2006, así como por el contexto electoral de ese año el cual llevó al cambio de autoridades en enero de 2007, luego de la elección del Presidente Ortega del Frente Sandinista, principal opositor en el período 1990-2006. Esos factores de índole política-institucional se tradujeron en un ritmo más lento de ejecución inicial, además de requerir de un esfuerzo adicional del equipo de proyecto y contrapartes directas en la DGPD para garantizar la continuidad y calidad de las acciones del programa.
2. **Disponibilidad de recursos para extensión de cobertura.** Las Unidades de Salud y los SILAIS se beneficiaron de la flexibilidad que representó el mecanismo de desembolso del PFR – sin POA específico, en base a transferencias amparadas en el manual de extensión de cobertura, y con la disponibilidad inicial del adelanto –al contar con los recursos del financiamiento que el MINSA Central les transfería. Históricamente la fuente Tesoro es insuficiente para cubrir las necesidades de gastos recurrentes por lo que transfiere pocos recursos a los niveles desconcentrados. Adicionalmente los mecanismos de transferencias y rendición de cuentas de parte de los SILAIS generaban períodos de iliquidez, dada la dificultad de rendir cuentas oportunamente por la no accesibilidad al SIGFA.

3. **Cambios en los mecanismos de extensión de cobertura.** A partir de 2007, las nuevas autoridades del MINSA suspendieron la compra de servicios del PBSS bajo contratos con ONG, y eliminaron de los convenios de gestión con las unidades públicas las tarifas por atención y/o persona que servían de referencia para las transferencias antes mencionadas. Durante parte del 2007 y 2008, el Manual de Extensión de Cobertura quedó desactualizado y los proveedores locales no efectuaron oportunamente las rendiciones de cuenta de los fondos recibidos del nivel central al no tener referente vigente para ello. Eso provocó dificultades en la verificación de la elegibilidad del uso de recursos, al no encontrar el auditor financiero coincidencia entre el Manual (desactualizado) y las prácticas de los SILAIS en ese período. Lo anterior fue superado con la actualización del manual y la especificación en los alcances de la auditoría de los mecanismos a utilizar para documentar y verificar la elegibilidad de los gastos por extensión de cobertura.
4. **Registros y Auditoría financiera.** Para dar cumplimiento a la verificación de la elegibilidad de los gastos efectuados, como control adicional a la certificación de los resultados, se contrató a una firma que certificaría la elegibilidad de los gastos dentro de dos meses de presentada cada solicitud de desembolso y auditaría anualmente los Estados Financieros del Programa. El Auditor Financiero cambió en varias oportunidades el personal a cargo implicando cada vez un nuevo aprendizaje de la especificidad del PFR. Asimismo, tanto los sistemas del Banco (como el WLMS) como el nacional (SIGFA) no estaban completamente ajustados para registrar la ejecución del programa. (1) Para reflejar un cambio de fuente (de Tesoro a Financiamiento) al recibirse el reembolso implícito en los tramos; (2) para reflejar el adelanto inicial¹¹; (3) para cerrar Estados Financieros que no cuenten el adelanto inicial dos veces, pero que sí permitan explicar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público el registro de la ejecución de los recursos del último reembolso. Por otra parte, el conocimiento sobre Gestión Presupuestal del Estado de parte de los directores de salud de algunos municipios fue limitado, especialmente cuando se produjeron rotaciones. Asimismo, existió poca articulación de las áreas fiduciarias con las de prestación de servicios y las de gestión lo cual dificultó la rendición de cuenta sobre el uso de los recursos.
5. **Problemas intrínsecos de los indicadores y metas finales.** Las altas y bajas alternadas observadas en los indicadores finales hizo sospechar que existían problemas de registro¹². El Banco recomendó al MINSA y a la firma encargada de la auditoría de desempeño en abril de 2008 analizar a profundidad los indicadores de HPP y ANN, mediante una auditoría de los expedientes clínicos relacionados con los casos de HPP y ANN de los dos primeros años del programa. En esa auditoría realizada a la totalidad de esos expedientes en los 10 Hospitales del Programa, la firma constató que la clasificación como Hemorragia Postparto

¹¹ Se registró como Fondo Rotatorio, sin embargo no estaba sujeto a rendición dentro de 180 días, por lo que el sistema del Banco reflejaba la parte no amortizada del adelanto como “vencida”.

¹² En el caso de las ANN, los niveles observados desde el año 2000 hasta el 2007 pasaron de un mínimo absoluto observado para este período en el año 2001 (1,87%) para luego incrementarse por 3 años consecutivos alcanzando un máximo en el año 2004 (3,61%). Luego descendió por 2 años consecutivos para alcanzar un nuevo mínimo en el año 2006 (2,13%) y procede a incrementarse nuevamente en el año 2007 (2,42%). El comportamiento de los años 2001 y 2004 serían típicos de un sub-registro inicial seguido de una mejora del registro, lo cual podría ser corroborado por el hecho de que el MINSA implementó una estrategia intensiva de mejora del registro de los datos en su programa materno infantil en ese período.

en una proporción abrumadora de los casos no cumplía con los estándares¹³ resultando en un **sobre-registro** muy importante. Esas observaciones indicaban que ni los datos utilizados para establecer la línea de base y proyectar metas, ni las mediciones posteriores fueron confiables. Así, es importante señalar que la desmejora aparente de las HPP al final del programa comparado con la línea de base no es del todo confiable.

6. La poca tradición de uso de ambos indicadores en Nicaragua también pudo haber dificultado la fijación inicial de las metas del programa, misma que se hizo para estos dos indicadores por recomendación de un grupo de expertos del país, principalmente neonatólogos. Ese grupo estableció una meta de disminución porcentual en cada hospital y para cada año, que, agregada, produce la meta global pactada en el Contrato. Además de no contar con una documentación confiable del comportamiento pasado de esos dos indicadores a nivel nacional (como ya mencionado, los datos entre el 2000 y el 2004 son irregulares), ese grupo de expertos tampoco tuvo a disposición evidencias internacionales de su posible evolución como efecto de un programa de mejoría de la atención (ritmo de descenso esperable). Al parecer, la meta en términos de disminución porcentual seleccionada por cada hospital para la ANN fue luego repetida automáticamente para el indicador de HPP, sin que se indiquen evidencias de que los dos síndromes sigan patrones de evolución similares.
7. Las metas fijadas, a la luz del monitoreo de indicadores materno infantiles en los últimos años, resultaron ambiciosas. A título de comparación, requirió de ocho años para reducir en 26% el indicador de mortalidad del menor de un año, (de 45 a 33 por mil nacidos vivos entre 1998 y 2006) mientras las metas del Programa significarían una disminución de 27% y 29% de la proporción de egresos por Asfixia Neonatal (ANN) y por Hemorragia Postparto (HPP) respectivamente en solamente cuatro años. No quedó constancia en la memoria del programa de porque el grupo de expertos supuso ese ritmo esperado de evolución de los indicadores.
8. **Valor agregado de la Auditoría de Desempeño (AD).** La auditoría independiente de desempeño que certificó los resultados reportados por el MINSA ha significado un importante aporte para mejorar la gestión por resultados, contribuyendo a mejorar la efectividad de las intervenciones del MINSA y también como aporte al Enfoque Sectorial en Salud. La posibilidad de documentar resultados con rigor fue considerada un elemento clave, junto con la vigencia de un Plan sectorial con metas explícitas y costeadas, para hacer viables formas de cooperación afines al apoyo presupuestario sectorial. Por ello, el Banco Mundial solicitó ampliar los alcances de la auditoría con la misma firma para incluir la revisión de los indicadores de su operación, bajo la misma metodología aprobada por el BID, y no fue necesario contratar evaluaciones de medio término y final gracias a la información y valoración externa que la AD proveyó.
9. Sin embargo, la AD encontró dificultades iniciales al haber comenzado año y medio después del inicio del Programa. Ello impuso presión y dejó un margen limitado de actuación para corregir hallazgos en el segundo ejercicio. Existió poca participación inicial en el proceso de capacitación, de los funcionarios tomadores de decisiones de las unidades de salud, dificultando que se compenetraran de la problemática y de los compromisos que asumían el resto de participantes. A partir del segundo año de la auditoría (2006), su importancia fue

¹³ Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 de la OMS. Se tipificaban como HPP casos que no presentaron según la CIE-10 los elementos característicos de ese síndrome.

gradualmente reconocida por las autoridades, hasta que del 2007 en adelante, la Dirección General de Planificación y Desarrollo (DGPD) del MINSA tomara un liderazgo claro de este proceso, junto al final con la DGECA y la DG de Docencia.

10. Al acordar en los alcances del contrato acciones más allá de la certificación de metas se logró un seguimiento y monitoreo del Programa cercano, contando con informes trimestrales de análisis de los indicadores y factores de gestión. Ello permitió la identificación de alertas tempranas por parte del equipo evaluador. La integración gradual del equipo institucional del MINSA con la firma consultora a nivel de los SILAIS y municipios ha fortalecido la capacidad del MINSA en cuanto le ha permitido identificar debilidades en la calidad del registro y el cumplimiento con las normas asistenciales vigentes, lográndose tomar las medidas correctivas correspondientes.
11. Establecer una participación activa en el proceso de auditoría también del personal auditado facilitó la comprensión de los errores detectados por parte del mismo, la asistencia técnica en el terreno y el planteamiento conjunto de soluciones a los problemas detectados. Los compromisos adquiridos por los equipos de las unidades de salud en el trabajo de campo y en el proceso de capacitación contribuyeron al mejoramiento de los indicadores del programa y al fortalecimiento del Plan de Contención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

I.1.a.1.2.1.2 Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

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

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

1. En el período del Programa el gobierno ha venido incrementando el presupuesto dedicado a salud y la porción ejecutada de ese presupuesto en beneficio de los territorios. El costo de “transacción” del Programa, reflejado en el costo de ambas auditorías, representó menos del 3,5%, y, junto con el de administración no llega al 10% del costo del Programa, dejando buenas perspectivas de absorción de estos conceptos a través de procesos institucionales y con recursos propios.
2. La estrategia y los indicadores del Programa fueron extraídos de los documentos oficiales del sector, por lo que su apropiación existió desde el inicio. Esa estrategia está siendo destacada como prioridad nacional a través de los Planes de contención de la mortalidad materna y neonatal especialmente desde el 2008. Los pasos actuales hacia la institucionalización de la auditoría de desempeño también son señales positivas para la sostenibilidad del Programa. Lo anterior no significa que no exista un reto para el Ministerio, de mantener el nivel de compromiso con las acciones del Programa y de seguimiento, ya sin contar con los recursos y motivación creados por los programas del BID y del BM.

b. Riesgos Potenciales

1. El Proyecto facilitó acciones de fortalecimiento de la capacidad institucional del MINSA para manejar un PFR, sin embargo es necesario retomar el seguimiento y cumplimiento a las recomendaciones de las evaluaciones bajo el Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI), para asegurar que los logros alcanzados hasta la Evaluación Especial (Noviembre de 2007) en materia de capacidad institucional y que justificaron la aprobación y mantenimiento del mecanismo por Resultados, no se vean fragilizados.
2. El tema del Control Interno fue clave en el Plan de Fortalecimiento Institucional acordado para el Programa, incluyendo el fortalecimiento de la Unidad de Auditoría Interna del MINSA. Sin embargo los dos últimos informes de los auditores independientes (Ejercicios 2008 y 2009) recogen asuntos de control interno y su operación como reportables, observándose además que el MINSA no implementó las recomendaciones de control interno de los Informes de años anteriores.

c. Capacidad Institucional

1. El Proyecto fue diseñado aprovechando la experiencia del MINSA y su fortalecimiento en temas fiduciarios luego de ejecutar programas de inversión y asistencia técnica con el Banco, lo que dio viabilidad en esos temas a la ejecución de este PFR. No obstante, esos programas no habían prescindido totalmente de la estructura ad hoc de Unidad Coordinadora de Programa, para velar por el cumplimiento de las políticas del Banco. Dentro del Enfoque Sectorial y como PFR, se optó por apostarle al fortalecimiento de la capacidad del MINSA en sus estructuras regulares. Al haber finalizado el Programa se hace necesario profundizar el Plan de fortalecimiento fiduciario, en lo que respecta a la definición de funciones, responsabilidades, procedimientos y articulación de las áreas fiduciarias (Adquisiciones y Financiera) con las áreas de Planeación y Servicios, con el fin de apoyar un proceso de integración de las actividades, funciones y responsabilidades de las áreas fiduciarias y sustantivas a lo interno del MINSA.

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

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

Los informes de la auditoría de desempeño, la “Evaluación Especial” efectuada a fines de 2006 sobre el plan de fortalecimiento fiduciario, así como de los informes de auditoría financiera son las fuentes de información sobre resultados del Programa. El contrato preveía una evaluación de medio término para valorar el avance del Programa. Esa se dispensó a petición del MINSA, dado que al mismo tiempo otros donantes promovieron la evaluación de medio término del Plan Quinquenal de Salud (los cinco indicadores del Programa eran extraídos de este Plan) y del desarrollo del Enfoque Sectorial, por lo que se disponía de información suficiente para cumplir con los fines previstos en el contrato para esa evaluación.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

La institucionalización de la auditoría de desempeño por parte del MINSA y su implantación en todos los SILAIS está iniciando con el apoyo del Banco y financiamiento del Préstamo

1897/BL-NI (Redes Integrales de Salud). Considerando que la metodología ha sido retomada por otros SPD, como el Banco Mundial y otros donantes han manifestado interés en apoyar en ese mismo sentido, ha de esperarse que el MINSA siga con el seguimiento a los indicadores de desempeño de su red de servicio.

No está prevista una evaluación ex post.

VII. Lecciones Aprendidas

1. El PFR en condiciones de desarrollo institucional fiduciario medio y bajo fue pertinente¹⁴ en tanto este instrumento contribuyó a enfocar el desarrollo institucional hacia resultados y al permitir cierta flexibilidad en el uso de los recursos (en cuanto a la mezcla de insumos requerida para lograrlos), disminuyó los costos de transacción del Programa. Aprovechó y fortaleció los instrumentos de planeación y coordinación del Enfoque Sectorial desarrollados entre 2002 y 2004, la experiencia incipiente de los convenios de gestión, y requirió de voluntad y flexibilidad por ambas partes (el país y el Banco) para ajustar sus sistemas operativos a un mecanismo no tradicional, y para invertir en un seguimiento cercano tanto de los avances hacia resultados como de las condiciones operativas.
2. La posibilidad de reconocer resultados intermedios y de efectuar un adelanto del 20% de los recursos fue muy relevante ya que permitió que el sector contara con un flujo más continuo y predecible de recursos que si se considerara únicamente resultados finales, e inclusive que con prestamos tradicionales por insumos.
3. El proceso de selección y contratación de la Auditoría de Desempeño en un PFR debe iniciarse inmediatamente después de la ratificación del Préstamo por parte del prestatario, ya que es la pieza clave en los arreglos de Monitoreo y Evaluación para documentar el cumplimiento de las metas pactadas.
4. Para PFR, así como para avanzar en la gestión para resultados con otros instrumentos, es indispensable invertir esfuerzos iniciales en el análisis de lo que ahora llamamos el marco de resultados, y en dejar memoria de este análisis que justifique la selección de los indicadores y sus metas, identifique las fuentes y revise la viabilidad técnica y económica de la recolección de los datos, pudiéndose recomendar la preparación de un manual específico para este tema. Ello sin embargo puede implicar atrasos en la tramitación del financiamiento y la necesidad de distraer parte del financiamiento hacia acciones de fortalecimiento de la gestión.
5. En este mismo sentido, y sin desvirtuar el mecanismo de financiamiento (por resultados, y no de insumos) es aconsejable contar con documentos que detallen la cadena lógica desde productos hacia impactos, identificando resultados intermedios, así como posibles productos, necesarios para la consecución de los resultados pactados. Esos documentos tendrían un carácter indicativo como guía para los niveles ejecutores.
6. En la configuración del PFR que aplicó a esta operación, las condiciones del financiamiento implicaron un trabajo doble: lograr y documentar el cumplimiento de resultados, y documentar gastos elegibles (por concepto y por procedimientos), lo cual, especialmente cuando aplican procedimientos fiduciarios del Banco, requiere un engranaje operativo que se

¹⁴ El relato de experiencia en el diseño preparado por miembros del equipo de proyecto original y adjunto como anexo a este PCR presenta más ampliamente la relevancia y justificación de este instrumento, en el contexto del diseño; el logro de las metas pactadas y su documentación confirman en retrospectiva la decisión de ese equipo.

acerca en costos al de un préstamo de inversión corriente. Los contenidos estándares de la auditoría de estados financieros resultaron algo redundantes con la certificación de la elegibilidad de gastos, por lo que se recomendaría enfocar la revisión fiduciaria hacia temas institucionales de control interno, prescindir o bien de la certificación o bien de la preparación de estados financieros avanzando hacia el requisito de una auditoría institucional, en coordinación con otras fuentes de apoyo dentro de un enfoque sectorial.

7. De abrirse nuevamente la posibilidad de PFR para países en similares condiciones institucionales y fiduciarias a las de Nicaragua, siempre que se cuente con una fuerte planeación sectorial e igual voluntad política de lograr objetivos específicos (como fue el caso en Nicaragua con los ODM en salud), para mejorar las condiciones de aplicabilidad del PFR sin requerir de revisiones de gastos podría ser recomendable operaciones híbridas. Eso es, ejecutar en paralelo al financiamiento en función de resultados, otra línea en calidad de cooperación técnica, enfocada en el fortalecimiento de los sistemas nacionales para la gestión por resultados¹⁵ *del sector beneficiado y no solamente en las entidades de planeación o hacienda* que han sido hasta ahora las principales receptoras de asistencia técnica en temas de GpR. Mientras esa posibilidad se reabra, desde los sectores mismos se debe trabajar en fortalecer los mecanismos de soporte de la Gestión por Resultados en particular en términos de sistemas de planeación estratégica, información para el desarrollo, contabilidad analítica para relaciona recursos con resultados y contar con programas sectoriales.

¹⁵ Es decir, los sistemas y funciones que apoyen la identificación de las relaciones entre costos, insumos, productos y resultados), como sistemas estadísticos, de planeación y fiduciarios en particular.

Anexos:

1. Actas del Taller de Cierre. (24 de septiembre de 2010)
2. Evaluación del Prestatario. (Recibida noviembre de 2010)
3. Otros

Informes de Auditoría del Desempeño

[IDBDOCS-#35439679-Informe de diagnostico Auditoría de desempeño del Programa, Julio 2006. Firma GESAWORLD.](#)

[IDBDOCS-#35439283-Diseño Metodologico Auditoría del Desempeño del Programa, Julio 2006 - Firma Gesaworld](#)

Memorando y Carta de Modificación de los Indicadores Finales

[IDBDOCS-#35491121-Modificaciones a los indicadores del Programa](#)

[IDBDOCS-#35490961-Modificaciones al Programa de Mejoramiento de Salud Materno Infantil](#)

Informe de Evaluación Especial e Informe de Auditoría Financiera ejercicio 2009

[IDBDOCS-#25095483-Informe de Auditoria 2009](#)

Programa de Mejoramiento de la Salud Materno-Infantil. Préstamo en Función de Resultados (NI-L1001, 1607/SF-NI) Relato de Experiencia en el Diseño, Catalina Gómez y Gustavo Zuleta.

[IDBDOCS-#35470045-Relato Experiencia en el Diseño, Catalina Gómez y Gustavo Zuleta](#)



Banco Interamericano de Desarrollo
Vicepresidencia de Sectores y Conocimientos, Sector Social, Salud y Protección Social

NICARAGUA

Acta

Revisión Informe Final de Proyecto (PCR)
Contrato de Préstamo en Función de Resultados 1607/SF-NI
Mejoramiento de la Salud Materno-Infantil

Lugar y Fecha: En las instalaciones del IPADE, el 24 de Septiembre del 2010, de las 1:00 pm hasta las 5:00 pm, por invitación (adjunta) del Banco.

Asistentes:

Por el Ministerio de Salud

- Ing. Marielos Boedeker, Directora de Planificación, DGPD
- Dra. Yemira Sequeira
Coordinadora de Programas DGCA
- Dr. Carlos Cruz
Director de Evaluación DGPD
- Dra. Senobia Sequeira
Departamento de Información Médica DRS
- Lic. Johana Talavera
Dirección de Recursos Externos DGAF

Por la Firma GESAWORLD, responsable de la Auditoría del Desempeño del Programa.

Dr. Ariel Habed

Dra. Azucena Saballos

Por el Banco Interamericano de Desarrollo

- Emmanuelle Sánchez-Monín, Especialista en Desarrollo Social, encargada del PCR
- Dr. Raúl Rivera, Consultor médico
- Lic. Domingo Orozco-Consultor, aspectos fiduciarios
- Lic. María Mercedes Romero-Analista de operaciones
- Lic. Francys Reyes Aburto-Asistente de Investigación

1. Revisión borrador del Informe de Terminación del Proyecto (PCR):

Previo a la reunión de cierre de Proyecto, el Banco compartió con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda un primer borrador del Informe de Terminación de Proyecto o PCR (por su sigla en inglés), elaborado sobre la base de la información: (i) de los informes de Auditoría del Desempeño e informes especiales preparados por la firma independiente GESAWORLD; (ii) Informes de Auditoría Financiera Externa emitidos por la firma Price-Waterhouse-Coopers; y (iii) de la documentación que consta en el archivo del Banco y Sistema de Seguimiento del Desempeño de Proyectos.

Se acordó que la versión revisada del PCR corregirá la información puntual sobre los siguientes temas:

- Abreviaturas y Sección II. Se corregirá la nomenclatura de la DGPD para reflejar que es "*División General de Planificación y Desarrollo*" y en SILAIS, *Sistema Local de Atención Integral de Salud*.
- Precisar la fecha de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) que se utilizó en el momento del diseño, en este caso la ENDESA-2001.
- Cuadro de Indicadores Claves de Efectos Directos: Incluir el indicador de captación precoz que está omitido.

La delegación del MINSA transmitió los siguientes comentarios:

- En la sección II párrafo 7 se sugiere incluir una referencia a los cobros por servicios de salud como barrera de acceso a los servicios de Salud.
- Sección II, párrafo sobre gasto en salud, se considera importante destacar que a partir del 2007 inicia la restitución de derechos de los Nicaragüenses, con la gratuidad de los servicios de salud públicos y desaparición de los servicios diferenciados, el uso de medicamentos genéricos y la implementación del MOSAFC.
- Sección IV, Implementación, Factores Críticos, Indicadores: se sugiere indicar que las autoridades en su tiempo aprobaron los indicadores y metas originales

2. *Acciones Acordadas:*

El equipo del Banco está preparando una nueva versión del PCR con las correcciones puntuales acordadas, que será sometida al proceso de tramitación interna del Banco.

El MINSA compartirá con el Banco su valoración del desempeño del Proyecto en sí, del Gobierno de Nicaragua como prestatario y del Ministerio de Salud como Organismo Ejecutor, así como del Banco como financiador. Esa valoración será incorporada sin alteración alguna, al PCR, según lo indicado anteriormente.


El equipo del Banco informará al equipo del MINSA y al MHCP sobre la tramitación del PCR y su eventual aprobación y solicitará el aval previo del Gobierno para la publicación del PCR en el sitio Internet del Banco, en aplicación de la política sobre información pública del Banco.

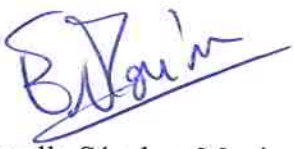
3. *Lecciones Aprendidas:*

Sin desvirtuar el mecanismo de financiamiento (por resultados, y no de insumos) es aconsejable contar con documentos que detallen la cadena lógica desde productos hacia impactos, identificando resultados intermedios, así como posibles productos, necesarios para la consecución de los resultados pactados. Esos documentos tendrían un carácter indicativo como guía para los niveles ejecutores.


Proveer en paralelo al PFR apoyo técnico y financiero que apuntale el fortalecimiento de las áreas ejecutoras en temas de planeación, gestión clínica así como temas fiduciarios, necesarios para sustentar la gestión por resultados.

Managua, el 24 de septiembre de 2010


Ing. Marielos Boedeker
Directora de Planificación
Ministerio de Salud


Emmanuelle Sánchez-Monin
Especialista en Desarrollo Social
Banco Interamericano de Desarrollo

Anexo III

 Banco Interamericano de Desarrollo Informe de Terminación de Proyecto –2006 PCR Evaluación del Prestatario	
Nombre del Proyecto: Mejoramiento de la salud materno infantil	
Agencia Ejecutora: Ministerio de Salud	
Prestatario: Gobierno de Nicaragua	
Fecha de Aprobación del Proyecto: 15 Diciembre 2004	Fecha Efectividad Contrato: 1 de junio de 2005
Fecha Evaluación Prestatario: 1 de noviembre de 2010	Fecha Esperada Taller de Cierre:
Clasificación del Desempeño del Proyecto por el Prestatario	
<u>La probabilidad de Lograr su Objetivo de Desarrollo:</u> <input type="checkbox"/> Muy Probable (MP) <input checked="" type="checkbox"/> Probable (P) <input type="checkbox"/> Poco Probable (PP) <input type="checkbox"/> Improbable (I)	
<u>Implementación del Proyecto:</u> <input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (HS) <input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S) <input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PC) <input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)	
<u>Sostenibilidad de Resultados de Proyecto:</u> <input type="checkbox"/> Muy Probable (MP) <input checked="" type="checkbox"/> Probable(P) <input type="checkbox"/> Poco Probable (PP) <input type="checkbox"/> Improbable (I)	
<u>Comentarios:</u> El proyecto se enmarca en objetivos de salud orientados a cumplir con las necesidades de salud de la población nicaragüense y además alineada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los que continúan siendo prioridades de gobierno, independientemente de que el proyecto haya concluido. Las acciones y lecciones aprendidas con el proyecto sirven para el desarrollo de acciones cotidianas de la institución en la búsqueda de objetivos similares.	
Desempeño del Prestatario	
Por favor clasifique su propio desempeño durante la preparación y ejecución del Proyecto: <input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS) <input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S) <input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (US) <input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)	
<u>Comentarios:</u> El proyecto fue diseñado por una administración de gobierno con poca o nula sensibilidad social, basando su accionar en la atención a indigentes. Además se identificaron problemas en el levantamiento de las líneas de base y en el establecimiento de metas para los resultados finales. El cambio de gobierno en enero de 2007 trajo una nueva orientación hacia la restitución plena del derecho a la salud de la ciudadanía nicaragüense, lo cual de alguna manera provocó ajustes para un mejor desempeño del Ministerio de Salud en su ejecución. De acuerdo con el plan original, al tener que ir adecuando las acciones aprobadas hacia la nueva orientación de servicios del gobierno. Destaca el proceso de cambio de formas de financiación previstos, desde el pago por un paquete de servicios, que era lo original, hacia una asignación basada en un cálculo per cápita para la provisión de un conjunto de prestaciones aprobadas para toda la población. Finalmente, se logró concluir el proyecto con una orientación plena hacia las políticas de salud del nuevo gobierno como la extensión de cobertura de servicios de salud gratuitos y de calidad, priorizando a los grupos más vulnerables como son la niñez y las madres, así como en regiones más empobrecidas destacando el área rural.	

Desempeño del Banco

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

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

Comentarios:

Las dificultades enfrentadas, producto de un cambio radical en la política y filosofía de gobierno, sólo pudieron ser subsanadas gracias al apoyo y flexibilidad del Banco, dado que sin modificar lo sustancial del proyecto que era dirigido a poblaciones vulnerables y en franco deterioro de su salud; se pudo apoyar en la aprobación de la modificación de actividades y de ajustes en los indicadores, necesarios para el desarrollo adecuado del Programa. Estas modificaciones fueron clave para la implementación de nuevas acciones, nuevos enfoques de financiamiento y nuevas estrategias para poder cumplir con los objetivos previstos. La conclusión del proyecto y sus resultados mostraron que el cambio de táctica fue adecuado y que el trabajo en conjunto (Ministerio y Banco) es la clave para el logro de resultados óptimos para la salud de la población nicaragüense.

Sugerencias Adicionales para Mejorar el Desempeño del Banco

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