

**PROYECTO DE APOYO A LA MODERNIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

(ES-0053)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO:	La República de El Salvador	
GARANTE:	La República de El Salvador	
ORGANISMO EJECUTOR:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	
MONTO Y FUENTE:	BID:	US\$20,7 millones (CO)
	Aporte local:	US\$ 5,4 millones
	Total:	US\$26,1 millones
PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:	Plazo de amortización:	25 años
	Período de desembolso:	4 años
	Período de gracia:	4 años
	Tipo de interés:	variable
	Inspección y vigilancia:	1%
	Comisión de crédito:	0,75%
	Moneda:	Dólares de los Estados Unidos de la Facilidad Unimonetaria
OBJETIVOS:	<p>El objetivo a largo plazo del proyecto es mejorar las condiciones de salud de los grupos de bajos ingresos de El Salvador para lo cual se apoyará la estrategia del gobierno encaminada a mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios del MSPAS mediante la realización de cambios en los aspectos institucionales, de política y prestación de servicios.</p> <p>Los objetivos del proyecto son los siguientes: i) mejorar la eficiencia, eficacia y equidad de los servicios para los grupos de población más desfavorecidos de dos zonas experimentales; ii) aumentar la sensibilidad del Ministerio frente a las demandas procedentes del ámbito local, simplificando a la vez procedimientos y estableciendo la responsabilidad financiera de conformidad con el Programa de Modernización del Sector Público por medio de la reorganización de funciones clave; y iii) fortalecer la capacidad del MSPAS de formular políticas y cumplir con sus funciones de reglamentación, evaluación y coordinación. Para ello se realizarán inversiones complementarias en asistencia técnica,</p>	

capacitación, prestación de servicios, apoyo a los costos ordinarios y equipo.

DESCRIPCIÓN:

El proyecto consiste de dos componentes, a saber:

Componente I: Acciones experimentales para la reforma del sistema de prestación de asistencia sanitaria (US\$17,5 millones: 67% del costo total del proyecto). Este componente respalda el desarrollo de redes integradas de prestación de asistencia sanitaria. Las redes prestarán servicios a los pobres mediante la incorporación al sistema asistencial de incentivos financieros orientados hacia los resultados. Con los recursos del proyecto se financia un plan básico de salud para los grupos de población pobres, no atendidos y subatendidos de San Miguel y Santa Ana mediante contratos por resultados con prestadores públicos y privados. Por otra parte, dos hospitales públicos serán transformados en instalaciones modelo, de administración autónoma, que utilizarán técnicas de gestión modernas. Asimismo, se financiarán actividades de asistencia técnica y de capacitación y equipo básico. Las inversiones en equipo médico para los hospitales financiados durante la ejecución del proyecto estarán condicionadas a la realización previa de reformas administrativas y a la modernización de los sistemas financiero, de gestión y de dispensarios (véase el párrafo 3.32).

Componente II: Modernización de las funciones clave a nivel central (US\$4,3 millones: 16,5% del costo total del proyecto). Este componente está subdividido en dos, el primero de los cuales respalda la reorganización y descentralización de los programas sanitarios nacionales y del sistema de gestión financiera; la incorporación de un sistema de suministros médicos y de adquisición y distribución de medicamentos conforme a la demanda; la adaptación del sistema nacional de gestión de los recursos humanos, y la creación de capacidad de seguimiento y evaluación. El segundo apoya el fortalecimiento del papel del Ministerio por medio de la mejora de su capacidad reglamentaria y la creación de mecanismos para la coordinación y comunicación sectorial. Con los recursos de este componente se financian actividades de asistencia técnica y capacitación, así como equipo y suministros.

**ANÁLISIS
AMBIENTAL
Y SOCIAL:**

El Comité de Medio Ambiente e Impactos Sociales (CESI/TRG) examinó el informe del proyecto el 15 de diciembre de 1997. No se solicitó ni se preparó un Informe sobre Impactos Ambientales y Sociales (ESIR). Se prevé que el impacto ambiental sea insignificante

dado que no se realizarán inversiones en infraestructura. El tema de los desechos médicos será encarado en el marco del préstamo ES-0074 con el cual la presente operación mantendrá una coordinación estrecha (véase el párrafo 4.10).

BENEFICIOS:

Con el proyecto se mejorará el estado de salud de la población objetivo al reducirse la mortalidad infantil y la mortalidad materna intrahospitalaria (15% y 20%, respectivamente) y cuando termine el proyecto la cobertura de la atención primaria de salud se habrá ampliado en un 60%. Se mejorará la calidad de los servicios sanitarios para los pobres por medio de la introducción de protocolos terapéuticos uniformes, un sistema de acreditación e incentivos a los prestadores por la calidad de sus servicios.

Como resultado del proyecto, se dispondrá de un sistema modelo, orientado hacia los resultados, para la financiación, gestión y prestación de los servicios de asistencia sanitaria. Asimismo, habrá mayor eficiencia y equidad en la asignación de los recursos públicos dentro del MSPAS, aumentará la eficacia en función de los costos de la prestación de los servicios y disminuirá la carga financiera de los pobres habida cuenta de que: i) las corrientes financieras se encauzarán hacia la atención primaria; ii) se introducirán incentivos orientados hacia los resultados; iii) se definirá y respaldará un plan básico de servicios eficaz en función de los costos; iv) se aumentará la eficiencia en el sistema de suministros médicos; y v) se fortalecerán los programas de recuperación de costos protegiendo a los pobres de manera simultánea.

RIESGOS:

Como resultado de las elecciones que se realizarán en marzo de 1999 podrán producirse cambios en el equipo de proyecto del gobierno, lo cual podría retrasar la etapa de ejecución. Para tratar de mitigar esta situación se han tomado varias medidas, incluidas conversaciones con la asociación médica, una estrategia interna de comunicación para el personal del Ministerio y una estrategia externa para la población en general con miras a consolidar el respaldo a los objetivos del proyecto. Asimismo, el proyecto alienta la creación de consenso por medio de comités intrasectoriales en los ámbitos nacional y departamental. Por otra parte, la UCP se incorporará a las responsabilidades ministeriales en marcha.

Ya ha comenzado la campaña electoral lo cual puede crear mayor inestabilidad en el proceso de formula-

ción y aplicación de políticas y podría darse el caso de que se introduzcan políticas que creen conflictos o sean contrarias a las actividades del proyecto.

La débil capacidad institucional del MSPAS, tanto para absorber el aumento de la demanda como para introducir cambios de gestión, constituye un riesgo para el éxito en la ejecución del proyecto. Para disminuir ese riesgo se creará una red eficaz de consultorios para canalizar la demanda y se respaldará la reorganización y reestructuración del MSPAS a nivel central de manera que pueda cumplir con sus funciones institucionales adecuadas. Se ofrecerá capacitación y asistencia técnica para reforzar la capacidad de ejecución del MSPAS.

**EXCEPCIONES A
POLÍTICAS DEL
BANCO:**

Ninguna.

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

La estrategia del Banco para el país tiene como objetivo respaldar el desarrollo sostenido en el marco de una economía competitiva por medio de:

- a) reformas en el sector social y desarrollo a nivel local;
- b) desarrollo ecológicamente sostenible;
- c) creación de un entorno propicio para la inversión privada y promoción de actividades clave; y
- d) modernización del Estado, incluidas actividades de privatización y la participación del sector privado en obras de infraestructura.

Este proyecto incluye actividades e instrumentos que contribuyen a la reforma del sector de la salud y al desarrollo local, así como a la modernización del Estado.

En el sector de la salud, el Banco apoya el aumento de la eficiencia, la equidad y la calidad en la prestación de los servicios sanitarios por medio de la ejecución de reformas. Este proyecto sienta las bases para la reforma futura del sector.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Antes del primer desembolso, el prestatario deberá presentar evidencia de que: i) se ha creado la UCP y se la ha dotado del personal mínimo para iniciar la ejecución del proyecto (véase el párrafo 3.10), y ii) se ha enviado al Banco y éste ha aprobado la versión final del Manual de Operaciones (véase el párrafo 3.12).

Durante la ejecución del proyecto, todas las nuevas inversiones en adquisición y rehabilitación de equipo de hospital para los Departamentos en la zona experimental y los llamados a licitación

correspondientes, para lo cual se utilicen recursos del proyecto, estarán supeditados a que se hayan logrado con éxito los objetivos de desempeño acordados con el hospital respectivo (véase el párrafo 3.32).

**FOCALIZACIÓN
EN LA POBREZA:**

Conforme a lo previsto en el Octavo Aumento, la presente propuesta de proyecto reúne los requisitos de focalización en la pobreza (GN-1964-3) porque apoya la prestación de servicios de atención primaria de la salud a beneficiarios situados por debajo de la línea de pobreza (véase el párrafo 4.1).

**RECONOCIMIENTO
DE GASTOS:**

Se propone que los gastos por un monto máximo de US\$250.000 para contratar servicios de consultoría, establecer la UCP y adquirir equipo, que se hayan realizado antes de la aprobación del préstamo pero con posterioridad al 1 de diciembre de 1997, se cubran con recursos de la operación siempre y cuando se hayan ajustado a las normas y directrices del Banco para la adquisición de bienes y servicios (véase el párrafo 3.14).

ADQUISICIONES:

Se requerirá que se llame a licitación pública internacional para la adquisición de bienes y servicios conexos cuyo monto sea superior a US\$250.000 y para la contratación de servicios de consultoría por un valor de más de US\$200.000. En el caso de las adquisiciones por valores inferiores a los que requieren la convocatoria de una licitación pública internacional, se seguirán los procedimientos descritos en el Anexo D del contrato de préstamo: a) licitación nacional para bienes y servicios relacionados por un valor de entre US\$150.000 y US\$249.999 y para contratos de consultoría de entre US\$100.000 y US\$199.999; y b) licitación privada para bienes y servicios relacionados por un valor inferior a US\$150.000 y para contratos de consultores de menos de US\$100.000. El organismo ejecutor podrá, ajustándose a los procedimientos del Banco, contratar los servicios de una institución especializada o firma consultora para actuar como agente para las adquisiciones o contrataciones cuyo valor sea superior a US\$50.000 (véase el párrafo 3.16).

I. ANTECEDENTES DEL SECTOR DE LA SALUD 1/

A. Introducción

- 1.1 En los años noventa han mejorado las condiciones de salud en El Salvador como resultado de acciones realizadas por entidades gubernamentales y no gubernamentales pero, a pesar de ello, las enfermedades infecciosas y transmitibles (diarréicas e infecciones respiratorias agudas) y los traumatismos continúan siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad. El sistema sanitario no ofrece una cobertura apropiada de la población y la calidad de la atención es inadecuada debido a la ineficiencia y a la insuficiencia de los recursos financieros, lo cual se manifiesta en métodos administrativos desacertados, la mala distribución de los recursos financieros y humanos y la falta de incentivos tanto institucionales como individuales para mejorar la situación.
- 1.2 Este proyecto es el comienzo de un proceso de largo plazo de creación de componentes que servirán de base para la reforma del sector, que tanto se necesita, para la cual aún no existen las condiciones previas. El MSPAS ha manifestado su voluntad de buscar los medios para solucionar los problemas mencionados y modificar sus mecanismos administrativos, de financiamiento y de prestación de servicios a los efectos de crear las condiciones que permitan realizar la reforma sectorial 2/.

B. Situación sanitaria

- 1.3 Los indicadores de salud de El Salvador han mejorado en años recientes, no obstante lo cual la tasa de mortalidad infantil se mantiene a un nivel relativamente alto (41 por 1.000 nacidos vivos) en comparación con el promedio latinoamericano, si bien puede compararse con otros países de la región. La tasa de fecundidad es una de las más elevadas de América Latina (4 niños por mujer) y la de embarazo de adolescentes es la segunda de la región, lo que ha resultado en una tasa elevada de mortalidad materna (68 por 100.000

1/ En el archivo del proyecto figuran antecedentes generales más detallados sobre los sectores social, económico y de la salud.

2/ En reuniones públicas, realizadas en noviembre de 1996, en las cuales participaron el Ministro y representantes de las instituciones sectoriales más importantes, ONG, organismos internacionales, asociaciones profesionales, sindicatos, escuelas de medicina y diferentes niveles de la administración del MSPAS, el Ministro se comprometió a "modernizar" el Ministerio para crear las bases que permitan realizar la reforma sectorial. Desde entonces, en comunicaciones escritas a organismos internacionales y donantes bilaterales, el Ministerio ha reiterado esa posición y ha solicitado apoyo financiero para el proyecto de modernización. En los archivos técnicos figura una Carta de Política.

nacidos vivos). El 30% de las mujeres embarazadas son menores de 20 años. Los cálculos indican que el 40% de las mujeres embarazadas no recibe cuidados prenatales ni cuenta con la atención de personal sanitario calificado durante el parto. Por lo tanto, es obvio que tanto el MSPAS como el proyecto deben concentrarse en la salud maternoinfantil y en la reproductiva.

- 1.4 Las principales causas de morbilidad y mortalidad, en particular las infecciones respiratorias agudas y las diarreicas, siguen siendo las que prevalecen en un país subdesarrollado 3/. Al mismo tiempo, se ha producido un aumento de las enfermedades degenerativas crónicas y de los problemas de salud relacionados con la violencia y accidentes, en particular en las ciudades. Por consiguiente es importante que se mejore y racionalice el sistema de prestación de servicios hospitalarios. Habida cuenta de que en 1996 la tasa de pobreza representó el 58% del total de la población y el 70,7% en las zonas rurales, es fundamental que el MSPAS y este proyecto concentren sus actividades en la formulación de un plan básico de asistencia primaria, orientado principalmente hacia la medicina preventiva, pero que también incluya atención curativa.

C. Política y marco reglamentario

- 1.5 **Marco de política:** El gobierno, los distintos partidos políticos, las asociaciones profesionales del sector de la salud y gran parte del público en general reconocen que es necesario hacer una reforma en el sector, no obstante lo cual el gobierno se muestra renuente a iniciar una reforma que abarque a todo el sector, lo cual se justifica en vista de que se trata de una empresa difícil y complicada. Existe un consenso sobre la necesidad de cambio, pero no hay consenso sobre la naturaleza precisa del cambio. En 1994 se realizó el Proyecto ANSAL 4/ con el respaldo conjunto de la USAID, la OPS, el Banco Mundial y el BID, pero las sugerencias que se formularon fueron demasiado amplias para la realidad del país en ese momento por lo cual no fueron aceptadas por todos los agentes gubernamentales y del sector. Las reformas propuestas por ANSAL incluyeron la unificación del sector, la creación de un seguro médico nacional obligatorio, la privatización de los hospitales, la descentralización de los servicios hacia las municipalidades, la reorganización del Ministerio, la configuración de un plan básico de servicios de atención primaria de la salud, el incremento de las tarifas hospitalarias, un programa de suministro de medicamentos esenciales y un plan de incentivos para el personal. En la

3/ El análisis de las causas de estas enfermedades escapa al alcance de este proyecto y de cualquier sistema de salud. No obstante, las causas más directas se encaran en otros dos proyectos: ES-0074 Descontaminación de Áreas Críticas y ES-0068 Programa de Agua Potable y Alcantarillado.

4/ ANSAL: Evaluación del Sector Salud de El Salvador.

actualidad, según el MSPAS, su objetivo futuro incluye todas las actividades mencionadas, probablemente con un diseño diferente, excepto la privatización de los hospitales.

- 1.6 **Fragmentación intrasectorial:** Hay poca coordinación entre los distintos actores que participan en el sector, tanto dentro del sector público, como entre los agentes públicos y privados. A pesar de que el MSPAS es el ente normativo, cada una de las otras instituciones relacionadas —el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), los programas de salud de los entes autónomos de agua y electricidad (ANDA y CEL), y los servicios para las fuerzas militares y docentes (Sanidad Militar, Bienestar Magisterial)— desarrolla y aplica sus propias políticas, planes y programas.
- 1.7 **Carencia de un sistema de acreditación:** No existe un sistema de acreditación de los centros de asistencia sanitaria públicos o privados y la vigilancia es limitada por lo cual existe una abundancia excesiva de pequeñas clínicas privadas, que no son debidamente controladas por el MSPAS. Por otra parte, es muy diversa la calidad de los servicios que prestan los distintos establecimientos del MSPAS debido a que no se dispone de normas, actividades para mejorar la calidad y un sistema de vigilancia sistemática.

D. Aspectos financieros e institucionales

- 1.8 **Deficiencia institucional:** El MSPAS se caracteriza por: la centralización y en algunas ocasiones la arbitrariedad del proceso de toma de decisiones, la burocracia excesiva, la gestión a nivel micro, la ineficacia de comunicación y coordinación entre las divisiones, la capacidad inadecuada para la formulación de políticas y la insuficiencia de capacidad administrativa para llevar a cabo con eficacia las funciones que le competen.
- 1.9 **Falta de responsabilidad e ineficiencia de gestión financiera:** No existen normas de desempeño en materia de calidad y productividad, ni incentivos o sanciones para promover la eficiencia o mayor calidad en la actuación. La preparación de presupuestos que se basan en trayectorias históricas y que no están vinculados a los resultados promueven la ineficiencia. Por falta de parámetros adecuados para preparar los presupuestos de las unidades de servicios sanitarios un alto porcentaje de los fondos disponibles se encauza hacia actividades hospitalarias, y no a la atención primaria, lo cual se traduce en ineficiencia y contradice las necesidades de la población conforme lo indica el perfil epidemiológico. Los procesos burocráticos y la rigidez en la administración presupuestaria han causado demoras en la ejecución de programas y, por otra parte, los recursos provenientes de varias fuentes no han sido administrados de manera coordinada. No existe una política de recuperación de costos, por lo cual cada una de las instituciones procede con arbitrariedad.

- 1.10 **Material inadecuado y sistemas de gestión de los recursos humanos:** Entre los principales obstáculos que impiden utilizar los recursos de manera óptima corresponde mencionar la centralización del proceso de toma de decisiones, los elevados costos de distribución, el tiempo que se requiere para la prestación de los servicios y el mantenimiento deficiente de los productos en existencia. No existen incentivos que alienten a los empleados a consagrarse a sus labores y mejorar su eficiencia y productividad. No existen mecanismos adecuados para la evaluación de cargos, ascensos y desarrollo de la carrera. Mucha de la inflexibilidad en materia de políticas de personal es el resultado de la estructura de sueldos para los empleados públicos conforme a las disposiciones de la Ley de Salarios.
- 1.11 **Financiamiento y gastos públicos en salud:** Durante mucho tiempo el sector de la salud ha estado subfinanciado. En 1996 el gobierno destinó apenas el 1,4% del PNB (11,7% del presupuesto nacional) a los gastos en salud, lo que representa un ligero aumento en comparación con las cifras correspondientes al quinquenio anterior. El gasto total en salud, incluido el sector privado y el seguro social, elevó el porcentaje a 4,9% en 1995, cifra que es bastante inferior al promedio de 6,2% para América Latina. El MSPAS implícitamente subsidia al ISSS al no cobrar a los pacientes del Instituto por la atención que reciben en sus centros.
- 1.12 El gasto público en salud se financia principalmente por medio del Fondo General de la Nación (75,6%) y, por otra parte, se depende en gran medida de la ayuda externa (19,3%) que está disminuyendo anualmente. La recuperación de costos representa sólo el 5,1% de los ingresos.

E. Organización y prestación de servicios

- 1.13 **Oferta y demanda:** La prestación de la asistencia sanitaria se caracteriza por la inequidad de acceso y cobertura. A pesar de que el MSPAS tiene, por mandato, la obligación de ofrecer asistencia a los pobres 5/, muchos salvadoreños de bajos ingresos utilizan centros privados de asistencia sanitaria. Los resultados de la Encuesta de Hogares realizada en 1996 indican que el 21,8% de los pobres que habían requerido atención médica en los 30 días anteriores habían recurrido al sector privado a pesar de la concomitante carga financiera. El 3% se dirigió a ONG que prestan atención sanitaria, el 10,6% al ISSS y el 64,6% a centros del MSPAS.

5/ Se define como extremadamente pobres a los que no pueden comprar la canasta básica de alimentos y como pobres a los que no pueden adquirir la canasta básica de bienes y servicios (ingresos familiares de menos de 1.924 y 2.498 colones en las zonas rurales y urbanas, respectivamente).

- 1.14 El MSPAS no se concentra de manera debida en los pobres, a lo cual contribuye la falta de un sistema de recuperación de costos y otras deficiencias. Del total de los salvadoreños que requieren asistencia sanitaria, de los grupos de población que no son pobres, el 31,2% utiliza centros del MSPAS y el 35,5% las instalaciones de alguna de las 137 ONG que ofrecen atención sanitaria, lo cual distrae los escasos recursos destinados a los pobres. Los recursos médicos, tanto humanos como materiales, están concentrados en el área metropolitana de San Salvador pero, a pesar de ello, el 37% de los extremadamente pobres que habitan en esa zona acudió al sector privado lo que demuestra que el MSPAS no cubre como corresponde a un porcentaje importante de su población objetivo.
- 1.15 **Ineficiencia productiva:** La administración interna de los establecimientos del MSPAS, en particular los hospitales, es poco eficiente. No se dispone de datos completos ni de datos sistemáticos sobre combinaciones de casos, número de casos individuales, los resultados, la calidad de la atención y las pautas que se siguen para el envío de casos. No hay en funcionamiento una red adecuada de consultorios y, como resultado, las instalaciones hospitalarias se utilizan de manera excesiva para la atención primaria. El 44% de los médicos del MSPAS tiene contratos para trabajar dos horas diarias. Por otra parte, no se cuenta con un sistema de incentivos institucionales o individuales que establezca un nexo entre la productividad y los resultados en materia de salud y el uso más eficiente de los recursos. Los programas nacionales de salud están centralizados, pero no hay coordinación entre ellos, lo cual resulta en una duplicación de esfuerzos y la utilización desacertada de los recursos.
- 1.16 **La falta de satisfacción de los pacientes incide sobre sus finanzas:** El hecho de que el 22% de los pobres no se atiendan en los establecimientos del MSPAS y busque atención médica en el sector privado, cuando no están en condiciones de comprar la canasta básica de alimentos, indica la insatisfacción de los usuarios y representa una carga financiera importante para ellos.

F. Estrategia del gobierno para el sector

- 1.17 **Estrategia para el desarrollo social:** El alivio de la pobreza es el núcleo de la estrategia de desarrollo social del Gobierno de El Salvador. Tres acciones de política fundamentales orientan la estrategia, a saber: i) la asignación focalizada de recursos para encarar las necesidades básicas de los grupos de bajos ingresos, ii) la modernización de las instituciones para fortalecer la capacidad de planificación y prestación eficiente y eficaz de servicios sociales de calidad, y iii) la descentralización de la prestación de los servicios con miras a reorientar el papel de los ministerios sectoriales y transferir mayor facultad decisoria a las entidades subnacionales, comunidades organizadas y al sector privado.

- 1.18 **Programa de modernización del sector público (PMSP):** Una prioridad estratégica del gobierno es la modernización del sector público. Los objetivos del programa son: disminuir el papel del Estado para que intervenga sólo en las actividades que son apropiadas en una economía de mercado; aumentar la eficacia y eficiencia de la administración pública; crear una nueva estructura institucional que esté más orientada hacia los usuarios; y promover el perfeccionamiento del capital humano. Con ese fin, el PMSP incluye programas de reestructuración institucional, modernización de los sistemas de gestión financiera y de adquisiciones, y reforma del sistema tributario. Por otra parte, el PMSP estimula la reducción de la burocracia, así como la descentralización y reforma del sistema de empleados públicos. En ese marco, precisamente, es que el gobierno se propone promover la modernización del sector de la salud, en particular del MSPAS.
- 1.19 **Estrategia para la modernización del Ministerio de Salud Pública:** El gobierno se propone, dentro de ese marco general de modernización del Estado, iniciar un proceso para racionalizar el MSPAS que en última instancia permitirá la reforma del sector de la salud. En la etapa preliminar, el gobierno tiene como objetivo: i) reorganizar las funciones clave del MSPAS, ii) planificar, poner a prueba, evaluar y aplicar estrategias innovadoras en la organización, financiamiento y prestación de servicios sanitarios, y iii) mejorar la capacidad de supervisión, reglamentación y evaluación de programas sanitarios del MSPAS a los efectos de que éste pueda actuar con más firmeza en el sector. Esta estrategia está basada en una premisa básica del informe ANSAL, es decir la unificación posterior del sector de la salud, así como en muchas de sus recomendaciones.
- 1.20 **Experiencia del Banco en el sector y lecciones aprendidas:** El último préstamo del Banco para el sector de la salud de El Salvador, 604/SF-ES se aprobó hace mucho tiempo (1980) y estaba destinado a otros fines (infraestructura), por lo cual no es relevante la experiencia de la institución en ese caso. El proyecto que se propone utilizará las experiencias más recientes del Banco Mundial, la USAID, la GTZ, UNICEF y la OPS en el sector de la salud, así como la experiencia del Banco en el sector de educación de El Salvador. Las principales lecciones que surgen del proyecto del Banco Mundial son las siguientes: i) ofrecer capacitación y asistencia técnica continuas para fortalecer la capacidad institucional; ii) tener flexibilidad para ajustar los componentes a situaciones cambiantes, iii) reformar la organización, administración y financiamiento a los efectos de

ampliar la cobertura 6/. Por otra parte, la experiencia adquirida en la operación 879/OC-ES, Modernización de la Educación Básica, indica que la ejecución debería ser coordinada por una UCP incorporada a la estructura del Ministerio y que esté dotada de personal del Ministerio sectorial.

G. Estrategia del Banco para el sector

- 1.21 El Banco, por conducto de este proyecto, está ayudando al gobierno a sentar las bases para lanzar una reforma posterior del sector. Para ello se llevarán a cabo actividades experimentales para mejorar el entorno institucional y de organización, la administración, la gestión de las finanzas y la prestación de servicios sanitarios, así como para volver a definir y reestructurar las funciones del nivel central del Ministerio. El proyecto también está colaborando con el gobierno en la elaboración de una estrategia para la reforma sectorial por medio de asistencia técnica para lograr consenso y coordinación en el sector y estudios que tienen como fin trazar un plan para el cambio futuro. Al mismo tiempo, el proyecto se concentra en los grupos vulnerables -los pobres, en particular los niños y las mujeres- y contribuye a la estrategia de alivio de la pobreza del gobierno. Si esta experiencia tiene éxito, se prevé que se podría duplicar en el resto del sistema del MSPAS y configurarse un programa de mayor volumen al que el Banco podría dar apoyo en el futuro.

H. Coordinación de donantes

- 1.22 Las agencias bilaterales y multilaterales que están coordinando actividades con el MSPAS para la ejecución del programa de modernización incluyen a la USAID, la OPS y las agencias de cooperación alemanas GTZ y KfW, cuyos representantes se reúnen periódicamente con el jefe del equipo de proyecto para coordinar las actividades. La USAID ha ofrecido adelantar fondos para la asistencia técnica o capacitación que se necesiten antes del primer desembolso del préstamo del BID. La GTZ, la USAID y la OPS también han convenido en coordinar, cuando sea posible, las actividades de asistencia técnica y capacitación a los efectos de maximizar el uso de los recursos y su impacto. El Banco Mundial colaboró en el diseño del proyecto anterior a éste, un proyecto de reforma sectorial, pero posteriormente dejó de participar cuando la reforma sectorial dejó de ser el objetivo inmediato. No obstante, después de haberse retirado del proyecto, el BM aportó algunos fondos para asistencia técnica.

6/ Banco Mundial, "Implementation Completion Report: El Salvador Social Sector Rehabilitation Project" (Informe sobre la terminación de la etapa de ejecución del proyecto de rehabilitación del sector social de El Salvador), préstamo 3348/ES, 19 de junio de 1997, págs. 11 y 12.

II. EL PROYECTO

A. Objetivos

- 2.1 **Meta.** El objetivo a largo plazo del proyecto es mejorar las condiciones de salud de los grupos de bajos ingresos de El Salvador para lo cual se apoyará la estrategia del gobierno encaminada a mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios del MSPAS mediante la realización de cambios en los aspectos institucionales, de política y prestación de servicios. Este proyecto sienta las bases para la reforma futura del sector.
- 2.2 **Objetivos.** Los objetivos del proyecto son los siguientes: i) mejorar la eficiencia, eficacia y equidad de los servicios para los grupos de población más desfavorecidos de dos zonas experimentales; ii) aumentar la sensibilidad del Ministerio frente a las demandas procedentes del ámbito local simplificando a la vez procedimientos y estableciendo la responsabilidad financiera de conformidad con el Programa de Modernización del Sector Público por medio de la reorganización de funciones clave; y iii) fortalecer la capacidad del MSPAS de tomar decisiones y cumplir con sus funciones de reglamentación, evaluación y coordinación.
- 2.3 Este proyecto cuatrienal respalda las estrategias de largo plazo del gobierno y del MSPAS orientadas hacia el establecimiento de un marco de políticas en el cual: i) se vuelvan a definir las funciones institucionales de los sectores público y privado, ii) se establezcan mecanismos para crear nexos intrasectoriales, iii) se separen las funciones de prestación de servicios y finanzas, y iv) se fortalezcan las responsabilidades a nivel local a los efectos de lograr mejores resultados desde el punto de vista cualitativo para un mayor número de grupos de población desfavorecidos mediante el aumento de la autonomía y la eficiencia.

B. Aspectos generales del proyecto

- 2.4 Como puede observarse en el Cuadro 1, el proyecto encara una serie de problemas generales del sector de la salud y se fundamenta en muchas de las recomendaciones del informe ANSAL. No obstante, constituye apenas un comienzo de modestas proporciones en el marco de una estrategia de largo plazo para encarar esos problemas principales y su fin es desencadenar el proceso de modernización.
- 2.5 A nivel de la atención primaria de la salud, el proyecto respaldará el desarrollo de un nuevo modelo de financiamiento y prestación de servicios. En dos zonas experimentales, se reembolsará, por medio de un sistema de capitación, a los prestadores de servicios tanto públicos como privados, por un plan de salud básico. En los contratos con los prestadores privados y los acuerdos por resultado con unidades del Ministerio, se especificarán claramente los

indicadores de calidad y cantidad de los servicios que se ofrecerán.

Cuadro 1:
Matriz de problemas del sector y objetivos del proyecto

Área del sector (por componente)	Principal problema identificado en el sector	Objetivos del proyecto y estrategia	Componentes y subcomponentes
Organización del sistema de atención sanitaria y modelo de prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso y cobertura inequitativos - Limitada eficacia en función de los costos - Poca eficiencia interna y sistema disfuncional de envío de casos - Poca continuidad en la atención - Poca satisfacción del usuario 	<p><u>Diseño y aplicación del modelo de prestación de servicios de asistencia sanitaria</u> que respalda la descentralización y la modernización de las redes de servicio, por nivel de atención.</p> <p>Focalización en el cambio institucional y de gestión, gestión financiera y mecanismos de prestación de servicios utilizando el método de gestión por objetivo.</p>	<p>Acciones experimentales para reformar el sistema de prestación de servicios de asistencia sanitaria</p> <p><u>Componente I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modernización de las unidades de atención primaria (subcomponente A) - Modernización y fortalecimiento institucional de los hospitales modelo e innovaciones en la organización del sistema de asistencia sanitaria (subcomponente B)
Estructura institucional y capacidad gerencial del MSPAS como entidad clave en materia de políticas y reglamentación	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad institucional y de gestión deficiente - Falta de responsabilidad y sistema de gestión financiera ineficaz - Material y sistemas de administración de recursos humanos inadecuados - Asignación de recursos ineficiente - Capacidad de seguimiento y evaluación limitada - Carencia de sistema de acreditación y de marco reglamentario mínimo - Poca coordinación y comunicación intrasectorial 	<p><u>Fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS como líder del sector</u> por medio de la reestructuración de sistemas de administración clave a nivel central (finanzas, recursos humanos, evaluación y adquisiciones de suministros médicos), introducción de la técnica de gestión por objetivo, descentralización de la prestación de servicios y puesta a prueba de la separación de las funciones financieras y de prestación de servicios.</p> <p><u>Fortalecimiento de la capacidad normativa, reglamentaria y de integración del MSPAS</u> por medio de la asistencia técnica para mejorar sus funciones en materia de formulación de políticas y reglamentación, respaldar la comunicación y la coordinación entre los sectores público y privado, y elaborar un sistema de acreditación.</p>	<p>Modernización de las funciones clave a nivel central</p> <p><u>Componente II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorganización de los subsistemas administrativos clave del MSPAS (subcomponente A) - Redefinición y fortalecimiento de las funciones de reglamentación, normativa y de coordinación del MSPAS (subcomponente B)

- 2.6 En el segundo nivel de atención, el proyecto introducirá una serie de cambios administrativos y clínicos para mejorar la eficiencia de los hospitales, aumentar la autonomía de gestión y la calidad de la atención. Los cambios incluyen: un sistema de pagos orientado hacia los resultados, el control de costos por medio del establecimiento de un sistema claro de envío de casos y viceversa, un sistema reorganizado de suministros médicos, recuperación de costos mediante el reembolso equitativo de costos por parte de los aseguradores, protocolos de tratamiento uniformes y auditorías médicas para controlar la calidad.
- 2.7 En el ámbito local, los cambios introducidos en la prestación de la atención sanitaria tienen como fin impulsar modificaciones de organización y gestión en el nivel central del MSPAS. Los cambios no sólo atenderán la demanda local sino que también servirán para encauzar al MSPAS hacia las funciones normativas y de reglamentación que le corresponden. La reestructuración de las funciones clave a nivel central del Ministerio se efectuará de abajo arriba (para atender el nivel local) y de arriba abajo (para servir a los objetivos del Programa de Modernización del Sector Público). El propósito de las innovaciones es fortalecer el papel de liderazgo del Ministerio en el sector en lo que se refiere a la formulación de políticas y gestión de programas. Al mismo tiempo, estimulan la descentralización en la ejecución de programas y, asimismo, incorporan: i) prácticas modernas de gestión financiera basadas en un modelo integrado y descentralizado de formulación, ejecución y control del presupuesto; ii) administración de los recursos humanos basada en incentivos; iii) capacidad de seguimiento y evaluación; y iv) adquisición, inventario y distribución de medicamentos y suministros médicos que se ajusten a las necesidades locales utilizando protocolos terapéuticos uniformes y listas de productos, así como procedimientos transparentes y eficaces en función de los costos.
- 2.8 Los cambios tienen como objetivo iniciar un proceso de reforma de política más amplia en el sector de la salud. Se prevé que cuando concluya el proyecto, se habrá logrado establecer varios elementos clave que son necesarios para la estrategia a largo plazo del gobierno para introducir cambios en el sector. Esos elementos incluyen los siguientes: i) la iniciación de un modelo de atención primaria que separa la prestación de servicios de la financiación de la atención sanitaria; ii) mayor autonomía de los hospitales por medio del aumento en el control, autoridad y responsabilidad, a nivel de los hospitales, de la gestión financiera y de recursos humanos y la introducción de un método de gestión orientado hacia los resultados; iii) la modificación del entorno cultural y la estructura del MSPAS que modernizará los sistemas de finanzas, recursos humanos y de suministros médicos, creará capacidad a nivel nacional para la evaluación y planificación sectorial y un sistema de información que aportará los datos adecuados para la toma de decisiones; y iv) un MSPAS modernizado, con claras funciones normativas y de reglamentación y la capacidad y marco necesarios

para coordinar y desempeñar un papel de liderazgo en el sector. Esos cambios servirán de base para el diálogo a nivel sectorial sobre reformas de política y estimularán la mayor integración de la prestación y financiamiento de la atención sanitaria entre el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el MSPAS y el sector privado.

C. Concentración geográfica

- 2.9 El nuevo modelo de prestación de servicios sanitarios se pondrá a prueba en 10 unidades de atención primaria y en el hospital principal de dos de los 14 departamentos, Santa Ana y San Miguel, adonde reside el 17% de la población. Los principales criterios que se utilizaron para la selección de los dos departamentos y sus respectivos hospitales principales incluyen los siguientes: i) nivel de pobreza, ii) situación sanitaria de la población; iii) población total, iv) calidad y contenido de un plan inicial de modernización de hospitales que se utilizará como indicador de la voluntad de introducir cambios, v) capacidad de gestión existente (ambos eran centros regionales de operaciones en divisiones administrativas anteriores); vi) eficiencia y calidad de los servicios sanitarios; y vii) presencia y participación de ONG en el sector de la salud. En el Cuadro 2 se presentan indicadores sintetizados para los dos departamentos.

Cuadro 2:
Características de los departamentos modelo

Departamento	Población departamental y% en comparación con el total nacional (1992)		Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) 1993	Mortalidad materna en hospitales (por 100.000 nacidos vivos) 1997	% de población urbana	Hospitales	Unidades sanitarias
San Miguel	455.000	8%	61	95	46,2	3	34
Santa Ana	522.000	9%	45	68	44,8	3	30
Nacional	5.758.000	100%	41	68	50,0	30	350

- 2.10 Las actividades experimentales se concentran en dos departamentos, pero el proyecto también tendrá distintas repercusiones en el ámbito nacional. En primer lugar, el respaldo de la reorganización y fortalecimiento de las funciones normativas, administrativas y reglamentarias del nivel central tendrá efectos positivos sobre los servicios sanitarios de todo el país. Segundo, la configuración, puesta en práctica y evaluación del modelo de prestación de servicios sanitarios será útil a los efectos de demostración en todo el territorio. Se prevé que la evaluación, revisión y

posterior adopción del modelo enmarcado en una política y patrón alternativos, mejorará la prestación de servicios sanitarios.

D. Descripción del proyecto

1. Componente I: Acciones experimentales para la reforma del sistema de prestación de asistencia sanitaria
(US\$17,5 millones: 67% del costo total del proyecto)

- 2.11 **Objetivos:** Con este componente se respaldará la realización de las actividades experimentales en los departamentos de Santa Ana y San Miguel, que consistirán en la creación de redes de prestación de servicios sanitarios en las que el nexo y envío de pacientes entre los niveles primario y secundario sea explícito. Los objetivos son: i) poner a disposición de los pobres servicios básicos de mejor calidad y más eficaces en función de los costos; ii) promover la eficiencia por medio de incentivos orientados hacia los resultados que se ofrecerán a los prestadores en el marco de una red pluralística de atención sanitaria; iii) ampliar la cobertura; y iv) poner a prueba mecanismos alternativos de financiamiento y organización.

- a. Subcomponente Ia: modernización de las unidades de atención primaria

- 2.12 Con este subcomponente se apoya la incorporación de innovaciones administrativas y de prestación de servicios en 20 unidades sanitarias (10 en cada Departamento) que incluirán: i) la prestación de asistencia sanitaria y procesos administrativos basados en la demanda; ii) nuevos sistemas de organización y gestión; y iii) mejoras en la calidad del entorno de trabajo y el que rodea a los pacientes.
- 2.13 Con este subcomponente se financiará específicamente asistencia técnica al MSPAS para elaborar y poner en práctica: i) mecanismos para mejorar la calidad de la prestación de los servicios sanitarios y los sistemas administrativos; ii) sistemas de recuperación de costos (de aseguradores y por medio de copagos mínimos) garantizando a la vez protección adecuada a los beneficiarios; iii) administración de los recursos humanos orientada hacia los resultados; iv) sistemas de información gerencial; v) administración a nivel local de los suministros médicos y medicamentos; y vi) programas de educación permanente.
- 2.14 El proyecto ofrecerá apoyo a un sistema pluralístico de prestación de servicios sanitarios que está basado en el ofrecimiento de un conjunto definido de servicios básicos para un grupo de población

determinado de una zona geográfica 7/. Los prestadores de servicios privados, ya sean ONG o entidades con fines de lucro, podrán competir con los prestadores públicos para ofrecer los servicios del plan básico. En los contratos de servicios, orientados hacia resultados, se especificarán tanto la calidad como el volumen de los servicios que se habrán de prestar.

- 2.15 Con el proyecto se financiará asistencia técnica, estudios, capacitación, materiales y equipo. Esos insumos se utilizarán para perfeccionar el plan básico de salud, preparar los planes modelo de modernización y planes de acción para los hospitales y unidades sanitarias; realizar un estudio básico para hacer un seguimiento de la eficacia del proyecto; preparar material de promoción para los posibles prestadores de servicios y consumidores; ofrecer capacitación clínica y de gestión, así como apoyo técnico, materiales y equipo para los proveedores; elaborar el sistema de capitación y el registro, que se introducirán; configurar los sistemas de recuperación de costos a nivel local; preparar el diseño del sistema de información que se necesita para los sistemas de registro, capitación y de envío de casos; ayudar a perfeccionar la contratación, evaluación y otras acciones de personal a nivel local; y realizar la evaluación de los modelos y del modelo de atención primaria.
- 2.16 Por otra parte, con el proyecto se subvencionará un plan básico de salud para grupos de población en zonas geográficas definidas por medio del financiamiento de planes de acción acordados con las unidades sanitarias del MSPAS y contratos con prestadores privados. Se suscribirán acuerdos entre el MSPAS y 10 unidades sanitarias y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que se llevarán a cabo las actividades experimentales y se utilizará un método de pago por capitación. El subsidio para el plan básico es de US\$23. Las direcciones departamentales serán las financiadoras de la prestación de servicios a nivel unitario, vale decir que "comprarán" los servicios que ofrezcan esos prestadores. Tres veces por año se harán transferencias financieras de los Departamentos a las unidades participantes utilizando un sistema de capitación. Los Departamentos retendrán aproximadamente el 10% que transferirán a las unidades una vez que se haya realizado una evaluación favorable (anual) del desempeño. Esos recursos permitirán que los directores de las unidades sanitarias tengan

7/ El plan básico incluye atención maternoinfantil y salud reproductiva (atención antes y después del parto, parto en el centro de atención, espaciamiento de los embarazos, exámenes cervicouterinos y para detectar el cáncer de mama), controles de crecimiento y desarrollo del niño, educación sanitaria, odontología, y consultas preventivas y curativas para adultos y pacientes de la tercera edad. En el archivo del proyecto figura una lista completa, descripción y costo de los servicios que ofrece el plan básico.

facultad discrecional para financiar las mejoras que consideren necesarias.

- 2.17 Esas transferencias a las unidades modelo serán paralelas al sistema existente de transferencias a las unidades sanitarias públicas, con las excepciones siguientes: el pago del monto de US\$23, los formularios del pago per cápita y el uso discrecional parcial estarán relacionados con las mejoras de gestión y de calidad que se realicen a nivel de la unidad. Durante la duración del proyecto, el Banco aportará una porción del subsidio a las unidades sanitarias participantes, que irá declinando, mientras que el aporte del MSPAS irá en aumento de manera correlativa 8/. Se prevé que las 20 unidades tendrán en funcionamiento un sistema de recuperación de costos; que haya mejorado la calidad de los servicios administrativos y en los dispensarios lo cual será determinado por evaluaciones técnicas y la satisfacción de los usuarios; facultad discrecional parcial sobre los gastos locales; y que se haya fortalecido la capacidad para contratar, evaluar y (cuando sea necesario) exonerar personal.

b. Subcomponente Ib: Modernización y fortalecimiento institucional de los hospitales modelo e innovaciones en la organización del sistema de atención sanitaria

- 2.18 El objetivo de este subcomponente es introducir cambios institucionales, de financiamiento y gestión en los hospitales San Juan de Dios y en los dos hospitales departamentales principales de Santa Ana y San Miguel, para mejorar la calidad, eficiencia y solvencia financiera de los servicios hospitalarios. Las mejoras institucionales se concentran en mejoras dentro de los conjuntos de instituciones y, asimismo, en el perfeccionamiento de los nexos entre las instituciones dentro del marco de una red de prestadores públicos y privados de atención sanitaria. Los hospitales serán utilizados como modelo para realizar cambios administrativos en otros de los establecimientos de la red del MSPAS.
- 2.19 Las actividades administrativas en los hospitales se llevarán a cabo en los dispensarios y otras dependencias. El proyecto financiará asistencia técnica para ayudar al MSPAS a: i) elaborar mecanismos para la gestión semiautónoma de los hospitales y mejorar las estructuras internas de gestión; ii) introducir acuerdos sobre desempeño para mejorar la responsabilidad, la productividad y la calidad de la atención; iii) configurar y poner en operación un sistema local basado en la demanda para administrar los suministros farmacéuticos y médicos; iv) mejorar los sistemas de gestión financiera, contabilidad y auditoría; v) establecer nexos entre los sistemas internos de información y actualizarlos; vi) evaluar las necesidades de capacitación clínica y de gestión y proponer e

8/ Véase en los archivos técnicos el calculo de costos para el modelo de atención primaria, que contiene información más detallada.

instituir programas de educación permanente; vii) revisar y poner en funcionamiento un nuevo sistema de recuperación de costos que ofrezca adecuada protección para los pobres; viii) elaborar instrumentos para la contratación externa de los servicios de apoyo; y ix) definir las funciones y los nexos dentro de una red de prestadores de servicios. El proyecto financiará la capacitación, estudios y algún equipo básico para respaldar esas actividades. Las inversiones en equipo médico para hospitales, que se financien durante la ejecución del proyecto, estarán supeditadas a que se hayan realizado reformas de gestión y mejoras en los sistemas financiero, de administración y de dispensarios.

2.20 Los prestadores de servicios de nivel primario, secundario y terciario estarán conectados por un sistema de envío de casos y viceversa que definirá los niveles de atención, los recursos apropiados y las responsabilidades de cada nivel. Se instituirá un sistema de pagos basado en los resultados para la "compra" de servicios hospitalarios para las unidades de atención primaria, que estará a cargo de las oficinas de los departamentos.

2.21 Con los recursos de este componente se financiará la configuración de un sistema de informática para apoyar los sistemas de envío de pacientes y la gestión financiera que sea necesaria para integrar las unidades sanitarias y los hospitales. Para ello habrá que configurar sistemas para identificar y clasificar a la población beneficiaria y para mejorar la recuperación de costos.

2. Componente II: Modernización de las funciones clave a nivel central (US\$4,3 millones: 16,5% del costo total del proyecto)

2.22 **Objetivos:** Este componente tiene dos objetivos principales. El primero consiste en volver a diseñar y organizar las funciones clave del Ministerio central para atender la demanda creada por los cambios en la prestación de servicios a nivel de hospitales y unidades de atención sanitaria y mantener congruencia con los objetivos del Programa de Modernización del Sector Público. El segundo es fortalecer la función normativa del Ministerio en el sector de la salud mediante el perfeccionamiento de su capacidad reglamentaria y la comunicación y coordinación sectorial. Con los recursos de este componente se financiarán, por medio de dos subcomponentes, actividades de cooperación técnica, capacitación, equipo y materiales.

a. Subcomponente IIa: Reorganización de subsistemas administrativos clave del MSPAS

2.23 La reorganización de las funciones clave a nivel central se basa en el objetivo a largo plazo de separar, más adelante, el aspecto financiero de la prestación de servicios transformando a las Direcciones de Departamento en compradores de servicios. Las estrategias actuales incluyen: i) la descentralización de las

responsabilidades de gestión y de operación de servicios a la red local (hospitales y unidades sanitarias integradas) y ii) la reestructuración de la función del MSPAS como instituto principal para la formulación de políticas, reglamentación, y coordinación y comunicación dentro del sector.

- 2.24 Con los recursos de este subcomponente se respaldarán cinco actividades principales:

i) Modernización y reorganización de los programas sanitarios del MSPAS

- 2.25 El proyecto ofrecerá asistencia técnica para cambiar la organización y el funcionamiento de los programas nacionales. Las acciones en materia de servicios se determinarán en el ámbito local utilizando métodos participatorios, no obstante lo cual se fundamentarán en las pautas internacionales de eficacia en función de los costos.

- 2.26 Asimismo, se prestará asistencia técnica para reforzar la gestión descentralizada de programas y el diseño correspondiente de la prestación de servicios, normas y actividades del programa. El proyecto apoyará la reorganización de la división central que atiende la salud humana, conforme lo requieren los cambios.

ii) Diseño e institución de un sistema más moderno de gestión financiera

- 2.27 El proyecto ofrecerá asistencia técnica, capacitación y respaldo logístico al MSPAS para la configuración e institución de sistemas de gestión financiera para mejorar la eficiencia, transparencia y flexibilidad del sistema financiero central. Esos sistemas guardarán armonía con el programa nacional SAFI (Sistema de administración financiera integrada) y facilitarán las transferencias financieras. De esa manera, con el apoyo del proyecto se contribuirá a: i) la reorganización de la gestión financiera en el seno del MSPAS, ii) la desconcentración del proceso presupuestario, del Ministerio de Finanzas al MSPAS, iii) la simplificación de los procedimientos de gestión presupuestaria, iv) el alivio de los retrasos y cuellos de botella que se producen en las aprobaciones y los pagos a los prestadores de servicios, v) la aplicación de un programa de capacitación a largo plazo para el personal de gestión financiera en los ámbitos central y local, y vi) la introducción de un sistema de transferencias a los hospitales y unidades sanitarias locales, basado en una fórmula y resultados (grupos de afinidad diagnóstica y per cápita).

iii) Reorganización del sistema central de suministros médicos y farmacéuticos

2.28 El proyecto ofrecerá asistencia técnica, sistemas de informática y capacitación para que los sistemas de adquisición y distribución respondan a la demanda y, por ende, atiendan las necesidades de los prestadores de servicios. Se ofrecerá financiamiento para:

1. el diseño, puesta a prueba, evaluación e institución de sistemas;
2. el nuevo diseño de los objetivos, funciones, procedimientos y organización de los sistemas centrales de adquisiciones, inventario y distribución; y
3. la introducción de procedimientos de control de calidad y reglamentarios para los suministros médicos y farmacéuticos, tales como la acreditación, certificación, listas revisadas y uniformadas de productos y protocolos terapéuticos estándar.

iv) Modernización de la gestión de los recursos humanos

2.29 El proyecto ofrecerá asistencia técnica y respaldo logístico al Ministerio para la adaptación del sistema nacional de gestión de recursos humanos de la administración pública a las necesidades concretas del Ministerio, así como a su puesta en marcha (reforma de la ley de administración pública y SIRH). El proyecto colaborará con el MSPAS para actualizar su inventario de recursos humanos; evaluar las necesidades; preparar perfiles de cargos; reestructurar las prácticas y procedimientos de contratación, empleo, ascensos y separación del servicio; poner a prueba modelos de modalidades alternativas de contratación; fortalecer las tecnologías de informática para la gestión de los recursos humanos; y poner en vigencia sistemas para la gestión de los recursos humanos.

v) Diseño y puesta en marcha de un sistema de seguimiento y evaluación en el MSPAS

2.30 El proyecto ofrecerá asistencia técnica para el desarrollo de la capacidad general de seguimiento y evaluación y para poner a prueba la eficacia de los modelos de servicios sanitarios preparados en el marco del proyecto y para observar los avances del proyecto. Se elaborarán indicadores de eficiencia y calidad para un estudio básico que se realizará al comienzo del proyecto y para su evaluación posterior.

b. Subcomponente IIb: Redefinición y fortalecimiento de las funciones reglamentaria, normativa y de coordinación del MSAPS

2.31 Con este subcomponente se ofrecerá asistencia técnica para iniciar el proceso de reforma y se reforzará la capacidad de formulación de

políticas y de ejecución del MSPAS, como líder del sector, así como las funciones reglamentarias del Ministerio. Por otra parte, las actividades que se lleven a cabo en el marco de este subcomponente respaldarán el fortalecimiento de la coordinación y coordinación inter e intrasectorial. Este subcomponente, por medio del financiamiento de servicios de consultoría, capacitación, equipo y materiales, se concentra en cuatro actividades principales, a saber:

1. **Fortalecimiento de la capacidad reglamentaria y de formulación de políticas del MSPAS**, de conformidad con sus funciones normativa y de supervisión, por medio de la incorporación de nuevas estructuras institucionales, el apoyo para aumentar la comunicación entre los sectores público y privado y de la capacitación en lo que atañe a las funciones de formulación de políticas y reglamentación;
2. **Desarrollo de un sistema de acreditación institucional** que garantice que los prestadores de servicios públicos y privados cumplan con las normas mínimas de calidad. Esto conlleva la creación de un cuerpo de acreditación, la formulación de políticas, la elaboración, puesta a prueba e implementación de normas y protocolos, la capacitación de los evaluadores, la configuración de bases de datos y la experimentación con el sistema.
3. **Fortalecimiento de la coordinación a nivel sectorial** por medio de asistencia técnica, estudios y capacitación para la creación y puesta en funcionamiento de un comité Intrasectorial de Salud en el ámbito nacional y de Comités Técnicos Directivos en cada uno de los Departamentos. Los comités estimularán actividades sectoriales de mayor alcance para lo cual contratarán estudios y servirán de foro para la coordinación sectorial y la creación de consenso. Por otra parte, servirán de mecanismo para la participación de la comunidad y para la interacción entre las comunidades y otros agentes del sector de la salud.
4. **Elaboración y aplicación de una estrategia para la comunicación institucional y social** con el fin de aumentar la sensibilización y la participación de los agentes del sector y de la opinión pública en el proceso de modernización del sector. El proyecto ofrecerá asistencia técnica y respaldo logístico al MSPAS para la elaboración y realización de:
a) una campaña para informar a los agentes del sector, en particular a los empleados del MSPAS, sobre el programa de modernización, así como al público en general, especialmente a los usuarios de los servicios que ofrece el MSPAS; y
b) mecanismos de retroinformación para el seguimiento y evaluación de las estrategias de comunicación y de las demandas de la sociedad civil en materia de mejoras en el sector de la salud.

E. Nexos entre los componentes

- 2.32 Para modernizar la prestación de los servicios sanitarios es necesario que se utilice un enfoque integrado, que establezca nexos entre las acciones a nivel descentralizado y las que tienen como fin una reforma sectorial más amplia. Si bien el objetivo de este proyecto es ofrecer apoyo a un comienzo de proporciones modestas en el marco de una estrategia más amplia y de largo plazo para la modernización del sector, sus diversos componentes y subcomponentes están ligados entre sí. El proyecto se basa en una secuencia lógica y cronológica de acciones que introducirán cambios en el sistema de prestación de servicios a nivel local lo cual a su vez provocará cambios a nivel central. Los nexos entre las actividades son los suficientemente flexibles como para que se pueda avanzar en algunos de los subcomponentes a pesar de que otros queden a la zaga.
- 2.33 La piedra fundamental del proyecto en la institución de un nuevo sistema de prestación de servicios que pondrá a prueba la separación descentralizada de las actividades financieras y de prestación de servicios en los dos Departamentos que se utilizarán como zona experimental. Los sistemas experimentales introducen cambios funcionales y estructurales en las redes locales de prestación de servicios que conllevan la reorganización y aplicación de técnicas modernas de gestión en los hospitales principales y en las unidades sanitarias de la zona geográfica que abarcan.
- 2.34 Para ofrecer atención sanitaria eficiente, más equitativa y de mejor calidad, es necesario comenzar por el fortalecimiento institucional, de gestión y de prestación de servicios a nivel de la atención primaria y por ofrecer mayor acceso a atención de calidad para lo cual se deberá abrir el sistema de atención primaria a otras alternativas de prestación de servicios (Componente Ia).
- 2.35 Si bien el fortalecimiento de la atención primaria constituye la base de este proyecto, también es importante que se refuercen los niveles de atención primaria y secundaria, y que se establezca una diferencia entre ellos y, asimismo, que se fortalezcan las capacidades institucionales, de gestión, financiera y cualitativa de los hospitales situados en las zonas experimentales (Componente Ib).
- 2.36 Estos cambios en las zonas experimentales requieren la reorganización y modernización paralela de los métodos y técnicas de administración, el perfeccionamiento de los recursos humanos, sistemas alternativos para facilitar el suministro, adquisición y distribución de productos médicos y farmacéuticos y sistemas de informática adecuados para realizar las reformas de manera integrada. Es necesario que se reorganice el nivel central del

Ministerio para que la reestructuración del sistema de prestación de asistencia sanitaria sea sostenible (IIa).

- 2.37 De manera simultánea, la modernización requiere que se vuelva a definir y se fortalezca el papel del MSPAS como entidad formuladora de políticas, normativa y de facilitación del proceso continuo de reforma del sector. Por otra parte, es necesario que se consolide la función de coordinación y comunicación del MSPAS dentro del sector y con la sociedad en general (IIb).

F. Costos y financiamiento del proyecto

- 2.38 **Costos del proyecto.** Se calcula que el costo total del proyecto, incluidos imprevistos, asciende a US\$26,1 millones, de los cuales US\$20,7 millones se financiarán con recursos del préstamo propuesto. En el Cuadro 3 se presenta un desglose de los costos por componente y subcomponente y en el Cuadro 4 los costos previstos por categoría de gasto. Las estimaciones de los costos de todas las actividades están fundadas en planes de acción y niveles de esfuerzo para cada una de las actividades. Los planes de acción están disponibles en los archivos del proyecto.

Cuadro 3:
Costos del proyecto y plan de financiamiento
(Millones de US\$)

CATEGORÍAS	IDB	LOCAL	TOTAL
Componente 1: Establecimiento de los modelos de atención de la salud	10,2	7,3	17,5
Subcomponente 1.a.1: Costo del Plan Básico	7,2	5,1	
Subcomponente 1.a.2: Establecimiento del modelo en las unidades de atención primaria de la salud	1,0		
Subcomponente 1b: Modernización de hospitales y nexos en el sector de atención sanitaria	2,0		
Componente 2: Reestructuración institucional y modernización del MSPAS	4,3		4,3
Subcomponente 2a: Reorganización de las funciones clave del MSPAS	2,8		
Subcomponente 2b: Fortalecimiento de las funciones normativa, reglamentaria y de supervisión del MSPAS	1,5		
Imprevistos	1,0		1,0
Administración y supervisión (incluidos honorarios de consultores a corto plazo, auditores externos y agente de compras)	2,7		2,7
Subtotal	18,2	5,4	23,6
Costos financieros:	2,5		2,8
Interés	2,3		2,3
Comisión de compromiso		0,3	0,3
Inspección y vigilancia	0,2		0,2
TOTAL	20,7	5,4	26,1
Porcentaje	79,1	20,7	100

2.39 **Plan financiero:** El préstamo del BID por un monto de US\$20,7 millones representa el 79,1% del costo total del proyecto. El gobierno financiará US\$5,4 millones, o sea el equivalente del 20,7% del costo total. Esta estructura de financiación fue acordada en el curso de negociaciones con el gobierno porque representa un aumento gradual de la porción que cubrirá el gobierno de los gastos ordinarios en la prestación de los servicios que ofrece el plan básico. De esa manera se podrán sostener los cambios que se introduzcan en la atención primaria de la salud dentro del marco del proyecto.

2.40 Los plazos y condiciones del préstamo son los siguientes:

Monto: US\$20,7 millones
 Plazo de amortización: 25 años
 Período de desembolso: 4 años
 Tasa de interés: variable
 Inspección y vigilancia: 1% del monto del préstamo
 Comisión de crédito: 0,75% por año del saldo sin desembolsar

Cuadro 4:
Costos del proyecto por categoría de gasto (en miles de US\$)

Categoría de costo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total	Porcentaje
Consultores:	700	900	1.000	850	3.450	16,6
Locales					1.750	
Internacionales					1.700	
Capacitación	400	400	400	20	1.400	6,8
Equipo y materiales	500	800	900	400	2.600	12,6
Equipo médico	-	50	50	-	100	0,4
Costos de operación:	500	700	800	500	2.500	12,1
Personal de la UCP	350	400	400	300	1.520	
Costos de mantenimiento y operación de equipo	150	300	400	200	1.530	
Costos financieros	100	350	720	1.130	2.300	11,1
Otros costos	30	40	40	40	150	0,7
Costo del plan básico en los centros modelo	1.200	2.200	2.100	1.700	7.200	34,8
Imprevistos	250	250	250	250	1.000	4,8
TOTAL	3.680	5.590	6.260	5.170	20.700	100%**

** No suma 100% por redondeo de cifras.

III. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

A. Estructura orgánica para la ejecución del proyecto

1. El prestatario y el organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario será la República de El Salvador y el organismo ejecutor será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que es la principal institución del sector y está organizado en tres niveles, a saber: i) el nivel central, consistente en la Oficina del Ministro, las direcciones centrales y las dependencias asociadas; ii) el nivel departamental, compuesto por las 18 direcciones departamentales; y iii) el nivel local, consistente en los establecimientos sanitarios -hospitales y unidades de atención primaria de salud.
- 3.2 El MSPAS establecerá una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), cuyo cometido será llevar a cabo y coordinar la ejecución del proyecto y los desembolsos a las entidades participantes, conforme a los planes de acción trazados. Esta unidad estará directamente subordinada al Director General de Salud.

2. La unidad coordinadora del proyecto (UCP)

- 3.3 El diseño de la UCP se basa en los conceptos de mantener la dimensión de la unidad en un nivel mínimo e incorporar al personal ejecutivo del MSPAS en la ejecución, bajo la coordinación del personal técnico de la UCP, con objeto de formar capacidad institucional y asegurar la identificación con el proyecto. Se contratará a los consultores de la UCP por espacio de dos años y cuando sea necesario, la unidad contratará especialistas externos adicionales para llevar a cabo tareas concretas.
- 3.4 Las funciones de la UCP son: i) trazar planes de acción para cada componente, de manera eficiente y oportuna, en coordinación con las unidades pertinentes del MSPAS; ii) realizar y supervisar la ejecución del proyecto; iii) preparar y presentar al Banco toda la documentación pertinente; iv) coordinar la asistencia técnica y contratar y supervisar al personal técnico, consultores y firmas pertinentes durante la ejecución del proyecto; v) asumir la responsabilidad del cumplimiento de los contratos; vi) llevar a cabo las tareas administrativas, financieras, logísticas y de adquisiciones necesarias para la ejecución eficaz del proyecto; vii) coordinar y llevar a cabo evaluaciones periódicas; y viii) difundir información acerca del proyecto.
- 3.5 El Ministerio nombrará un Director Ejecutivo que nombrará un Coordinador Administrativo para la unidad administrativa. Los nombramientos se ceñirán a los procedimientos del Banco y contarán con el visto bueno de éste.

- 3.6 El UCP contará con un personal a tiempo completo compuesto por ocho especialistas técnicos y tres auxiliares administrativos (dos secretarías y un asistente), cuyas remuneraciones se abonarán por medio del proyecto. Este personal se contratará durante el primer año del proyecto y/o cuando la ejecución de éste lo requiera. Todo el personal de la UCP será nombrado ciñéndose a los procedimientos del Banco y con el visto bueno de éste. A medida que se susciten las necesidades, el Director Ejecutivo podrá contratar, con el visto bueno del Banco, especialistas por períodos breves con objeto de llevar a cabo tareas concretas. En los archivos del proyecto figura un organigrama de la UCP.

3. La unidad técnica

- 3.7 El Director Ejecutivo será responsable de la coordinación y supervisión de todas las actividades técnicas y contará con la asistencia de dos especialistas técnicos a tiempo completo, que serán responsables de la ejecución de los subcomponentes la y lb y del Componente II. Periódicamente se contratará un especialista en evaluación cuyo cometido será preparar estudios básicos e indicadores de progreso, y contratar los estudios de evaluación requeridos. El Director Ejecutivo nombrará a los distintos especialistas que estarán bajo sus órdenes. Finalmente, la unidad técnica dispondrá de los servicios a tiempo completo de tres funcionarios del MSPAS nombrados por sus respectivos jefes de sección junto con el Director Ejecutivo. Dos de ellos serán contrapartes para las actividades departamentales (Componente I) y el tercero será contraparte de los especialistas técnicos para la reorganización del MSPAS (Componente II).
- 3.8 El Coordinador Administrativo brindará asistencia administrativa y financiera para todas las actividades del proyecto, incluidas las de índole contable, de desembolsos, teneduría de libros, contratos y afines. Esta unidad examinará todos los contratos y efectuará los pagos aprobados por el Director Ejecutivo y el personal técnico pertinente. Además de los dos funcionarios nacionales de contraparte, la Unidad Administrativa contará con los servicios de tres profesionales (contabilidad, adquisiciones y presupuesto) nombrados por el Coordinador Administrativo con la aprobación del Director Ejecutivo. Si fuese necesario contratar más personal por períodos breves, el Director Ejecutivo solicitará y justificará las adiciones a fin de obtener el visto bueno del Banco.
- 3.9 El Coordinador Administrativo formará un Comité de Adquisiciones que supervisará y examinará todos los contratos con firmas nacionales e internacionales, a fin de asegurar el acatamiento de las normas y lineamientos del Banco, y presidirá todos los actos relacionados con la presentación de ofertas. Sin embargo, el organismo ejecutor podrá contratar, de acuerdo con los procedimientos del Banco, los servicios de una institución especializada o de una firma consultora para que actúe como agente

de adquisiciones y contrataciones para adquisiciones y contratos por un monto de US\$50.000 o más.

- 3.10 Como condición previa al primer desembolso, el prestatario suministrará al Banco prueba de la creación de la UCP y de que ésta ha sido dotada con el personal mínimo necesario para iniciar la ejecución del proyecto, a saber el Director Ejecutivo, el Coordinador Administrativo y el encargado de presupuesto.

B. Lineamientos operativos generales

1. Planes de acción

- 3.11 Las actividades del proyecto fueron definidas por medio de planes de acción preparados para cada uno de los componentes y subcomponentes del proyecto. Esos planes de acción, que servirán como guía para la ejecución del proyecto y serán sometidos a revisión anual en el ámbito de la UCP, se encuentran disponibles en los archivos del proyecto.

2. Normas operativas

- 3.12 Todas las funciones, actividades y procedimientos de la UCP se ceñirán a las normas estipuladas en el Manual de Operaciones. El prestatario y el Banco acordarán la versión final de este manual para la UCP como condición previa al primer desembolso. El Manual de Operaciones está sujeto a revisiones periódicas, en el marco del proyecto, si así lo consideran necesario la UCP y el Banco.
- 3.13 En el Manual de Operaciones se estipulará normas operativas para los subcomponentes Ia y Ib, que estarán sujetas a revisiones periódicas.

3. Reconocimiento de gastos anteriores

- 3.14 Se propone que los gastos en que se haya incurrido antes de la aprobación del préstamo para contratar servicios de consultoría, establecer la UCP y adquirir equipos, puedan reconocerse como pagaderos con recursos del préstamo, por un monto de hasta US\$250.000, siempre que se haya efectuado esos gastos después del 1 de diciembre de 1997 y de acuerdo con las normas y lineamientos del Banco en materia de adquisición de bienes y servicios.

4. Fondos de contrapartida

- 3.15 La contribución del gobierno de El Salvador al programa ascenderá al equivalente a US\$5,4 millones, vale decir el 20,7% del costo total, y se usará para financiar parte del plan básico de salud. Puesto que los mecanismos de financiación de este rubro establecen que la contribución del gobierno de El Salvador hará a partir del segundo de los cuatro años del período de desembolso aumentará

gradualmente, se prevé que la distribución de los aportes de contrapartida será la siguiente:

Año 1	No habrá inversiones
Año 2	US\$0,7 millón
Año 3	US\$2,2 millones
Año 4	US\$2,5 millones
Contribución total del gobierno	US\$5,4 millones

5. Adquisiciones

- 3.16 Las adquisiciones de bienes y servicios se harán de conformidad con las normas del Banco. Se requerirá licitación pública internacional para la adquisición de bienes y servicios conexos por un monto de más de US\$250.000 y de servicios de consultoría por más de US\$200.000. Para las adquisiciones cuya cuantía esté por debajo del límite mínimo que se requiere para convocar a licitación pública internacional, se aplicará los siguientes procedimientos, descritos en el Anexo D del contrato de préstamo: a) licitación pública nacional para la adquisición de bienes y servicios conexos por un monto de entre US\$150.000 y US\$249.999 y los contratos de firmas de consultoría por un monto de entre US\$100.000 y US\$199.999; y b) licitación privada para la adquisición de bienes y servicios por un monto de menos de US\$150.000 y los contratos de servicios de consultoría por un monto de menos de US\$100.000. Sin embargo, el organismo ejecutor podrá contratar, de acuerdo con los procedimientos del Banco, los servicios de una institución especializada o de una firma consultora para que actúe como agente de adquisiciones y contrataciones para adquisiciones y contratos por un monto de US\$50.000 o más.

**CUADRO 5:
PROYECCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS
(En millones de US\$)**

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total	%
BID	3,7	5,6	6,2	5,2	20,7	79,3
Local		0,7	2,2	2,5	5,4	20,7
Total	3,7	6,3	8,4	7,7	26,1	100
%	14,2	24,1	32,2	29,5	100,0	

C. Ejecución de los componentes del proyecto

- 3.17 Al comenzar el proyecto, la UCP y el Banco organizarán dos cursillos de iniciación, uno para el personal de la UCP y otro para los jefes de departamento y otro personal pertinente (departamental y local) relacionados con las actividades que se emprenderá en los planes de acción para el primer año. Se establecerá un Comité de

Modernización presidido por el Viceministro e integrado por el Director Ejecutivo de la UCP (que actuará como secretario ejecutivo del Comité), el Director General de Salud, el Director de Planificación Estratégica y Modernización, el Director de Administración y el Jefe de Finanzas, en carácter de miembros permanentes. Además, se dispondrá la incorporación de otros funcionarios del MSPAS como miembros temporarios y periódicos, cuando sea pertinente su participación en el tratamiento de distintos aspectos del proyecto.

- 3.18 El Comité tiene por objeto prestar asesoramiento al Ministro para la coordinación interna del proyecto y para resolver problemas en forma oportuna. La agenda de las reuniones será determinada por el Comité teniendo en cuenta las necesidades de ejecución del proyecto.

1. Ejecución del Componente I: Acciones experimentales para reformar el sistema de prestación de servicios de asistencia sanitaria

- 3.19 Se establecerá un Comité Técnico de Ejecución de Proyectos Experimentales (CTEPE), presidido por el Director Ejecutivo y compuesto por los dos especialistas técnicos para el Componente I, los directores departamentales y los directores de hospitales como miembros permanentes. El especialista técnico para el Componente II y otros funcionarios del MSPAS participarán en la medida apropiada. El CTEPE se dividirá en dos grupos de trabajo ad hoc, uno para cada departamento experimental, bajo la coordinación del Director Ejecutivo, a los efectos de prestar apoyo específico. La función principal del CTEPE será coordinar la instalación del nuevo modelo de atención en los dos departamentos experimentales por medio de; i) la revisión y ajuste de los planes de acción para la ejecución; ii) el seguimiento de la participación de las unidades de salud primarias y los hospitales; iii) la organización de la capacitación y la información para el personal de las unidades y los hospitales; iv) la información periódica al Comité de Modernización sobre las actividades (a intervalos que habrá de determinarse); y v) las demás actividades necesarias para la ejecución eficaz del componente. La primera actividad sustantiva del CTEPE será el examen de los planes de acción para el componente, antes de su presentación para el estudio y aprobación de la UCP. Este comité también considerará y recomendará la participación de las unidades de atención primaria de salud en la financiación del proyecto, una vez que el coordinador técnico responsable presente la documentación correspondiente al financiamiento de esas unidades.
- 3.20 El CTEPE es responsable de la promoción técnica, la evaluación, la selección inicial y el trámite de todos los subproyectos (unidades de atención de salud) y de la presentación a la Unidad Administrativa de la documentación relacionada con la financiación. En la financiación del proyecto del plan básico de salud

participarán unidades escogidas de atención primaria de salud conforme a una escala financiera decreciente durante la vida del proyecto, con un máximo de financiación durante cuatro años con recursos del proyecto (véase los archivos del proyecto).

- 3.21 En los planes de acción anuales se estimará las necesidades de financiación de contrapartida para asegurar la financiación completa de las unidades de atención primaria de salud. En la versión final del Manual de Operaciones se estipulará los procedimientos, los plazos y la duración de los fondos que se suministrará a las unidades de atención primaria de salud para el plan básico de salud y los procedimientos para la asignación de los fondos de contrapartida.

a. Ejecución del Subcomponente Ia. Modernización de las unidades de atención primaria

- 3.22 Se prevé que en la primera etapa de este componente, la UCP contratará el diseño y la promoción y difusión de un plan de modernización de la prestación del servicio de atención de salud primaria y los consiguientes acuerdos sobre los resultados. Para que se le considere en condiciones de participar la unidad de atención de salud primaria deberá presentar un plan de acción simple. En ambos departamentos el CTEPE identificará unidades elegibles dentro del sector público y promoverá la posible participación de ONG y prestadores privados. Sobre la base de la selección anual de las unidades participantes, el especialista técnico responsable del Subcomponente Ia emprenderá la capacitación, las revisiones del plan de acción y la ejecución del plan de modernización, sujeto a la aprobación previa de la UCP.
- 3.23 Cada subproyecto consta de tres etapas, a saber: i) selección inicial basada en la presentación de un plan de acción sencillo; ii) suministro de asistencia técnica y capacitación a la unidad de salud para el estudio y puesta en práctica de los planes de acción; y iii) aplicación de las nuevas características orgánicas y financiación y programas de provisión. En los archivos del proyecto figura un diagrama de la secuencia de actividades en el desarrollo del modelo de atención primaria.
- 3.24 La selección de los prestadores de servicio se hará conforme a criterios de elegibilidad transparentes y a procedimientos aceptables para el Banco, que constarán en el Manual de Operaciones. En el caso de la selección inicial, la UCP promoverá y determinará la participación de todos los prestadores de servicio, conforme a criterios de selección que incluirán: i) las características demográficas y socioeconómicas de la población; ii) indicadores de los niveles de cobertura; iii) planes de acción tentativos; y iv) capacidad relativa de absorción para la modernización de la unidad de salud. Se establecerá una escala de puntaje para la clasificación de los posibles participantes y la

selección de basará en la disponibilidad de fondos (el primer año) y en unidades calificantes.

3.25 Una vez escogidas las unidades, se firmará entre la unidad y la UCP un acuerdo de resultados que incluirá un plan de acción fijando los criterios de evaluación, la determinación de responsabilidades del MSPAS y el plan de salud básico y las acciones que se llevará a cabo durante el año. Esos acuerdos de resultados especificarán planes de ejecución, objetivos clínicos y administrativos y metas financieras y de población (cobertura). Las ulteriores selecciones de nuevos participantes se basarán en criterios de selección revisados y refinados y requerirán que se evalúe a los participantes del primer año a los efectos de su renovación. El proceso de ésta y el de selección se realizarán en forma anual y estarán sujetos al visto bueno del Banco. El proyecto vislumbra una participación renovable del plan de salud básico, en el cual el número de instituciones participantes durante el segundo año aumentará, al tiempo que disminuye la proporción relativa de financiación del Banco para las instituciones participantes.

3.26 Después del primer año se pondrá en marcha los mecanismos para la implantación de un sistema de capitación, la participación de entidades no públicas (ONG y prestadores particulares), el desarrollo de sistemas de recuperación parcial de los costos y la organización de sistemas de información para identificar a los beneficiarios. Se utilizará los mismos procedimientos de selección y criterios de elegibilidad descritos en los párrafos 3.24 y 3.25.

b. Ejecución del Subcomponente Ib. Modernización y fortalecimiento institucional de los hospitales modelo e innovaciones en la organización del sistema de atención sanitaria

3.27 En cada hospital se establecerá un grupo interno de trabajo para la modernización hospitalaria, coordinado por el director del nosocomio e integrado por el Especialista Técnico de la UCP, el Subdirector, el Oficial Administrativo y el Jefe de Enfermería del hospital, como miembros permanentes. Cuando sea necesario se nombrará miembros temporales. Durante la primera etapa del proyecto se dictará un cursillo de capacitación para el grupo de trabajo y otros funcionarios claves del hospital, se trazará planes de modernización y se preparará planes de acción para el comienzo de la ejecución (primer año).

3.28 Cada programa de modernización de un hospital constará de cuatro etapas, a saber: i) ratificación de un plan de modernización que fije objetivos concretos que habrá de alcanzarse durante la vida del proyecto y en el transcurso del primer año; ii) asistencia técnica y capacitación del personal del hospital, sobre la base de los planes de acción para la modernización; iii) rehabilitación y adquisición de equipos adicionales; y iv) ejecución de la

reorganización, y planes de modernización en los ámbitos de organización, financiero y administrativo.

- 3.29 En primer lugar, los hospitales y el MSPAS (por intermedio de la UCP) suscribirán un acuerdo de resultados estableciendo las responsabilidades relativas de cada parte, las actividades que habrá de llevarse a cabo (planes de acción) y los resultados previstos.
- 3.30 En segundo término, con la asistencia técnica y la capacitación, el grupo de trabajo del hospital examinará el plan de modernización e iniciará la modernización administrativa, clínica y financiera.
- 3.31 La elegibilidad para la tercera etapa (rehabilitación y adquisición de equipos con recursos del proyecto) se basará en la consecución satisfactorias de las metas, que habrán de evaluar la UCP y el Banco. Se prevé que esta tercera etapa no se iniciará antes del segundo año del proyecto.
- 3.32 En cuarto lugar, se establecerá en el marco del proyecto un sistema de pagos conforme a los resultados para la administración financiera de los procedimientos de diagnóstico escogidos.
- 3.33 La integración y coordinación de la modernización orgánica dentro de la red de prestadores se llevarán a cabo en siete etapas que representan una agenda renovable y no una cronología específica para todos los participantes en determinado momento. La coordinación de la red conlleva i) la creación de un registro de la población beneficiaria en la zona experimental; ii) el censo de los posibles beneficiarios que habrá de atender la unidad de salud de acuerdo con los criterios de cobertura y utilización; iii) el mantenimiento y fortalecimiento del sistema de prestadores que resulte de la selección de unidades de atención primaria de salud en el marco del Subcomponente Ia; iv) la ampliación de la oferta competitiva de prestadores de servicios, a fin de incluir a prestadores no públicos, especialmente en las zonas de cobertura media y baja; v) la firma de acuerdos de resultados entre el MSPAS y prestadores de servicios; vi) la introducción de sistemas de referencia y procedimientos de capitación para la red de atención sanitaria; y vii) el establecimiento de criterios y sistemas de seguimiento y evaluación de la red y el sistema de atención sanitaria.

2. Ejecución del Componente II: Modernización de las funciones clave a nivel central

a. Ejecución del Subcomponente IIa. Reorganización de los subsistemas administrativos clave del MSPAS

- 3.34 La modernización del MSPAS requiere la participación integral del personal del Ministerio dedicado a actividades operativas. El Director Ejecutivo y los jefes de división de cada rama clave

formarán el **Comité para la reorganización interna (CRI)** cuyo cometido será coordinar y supervisar la ejecución. De acuerdo con las calificaciones establecidas en el Manual de Operaciones, el Director Ejecutivo y los respectivos jefes de división nombrarán personal del MSPAS en cada una de las ramas funcionales, para ejecutar el proyecto bajo la coordinación del Especialista Técnico para el Subcomponente II. En el caso del sistema de suministros médicos y farmacéuticos, se creará un Grupo de trabajo sobre suministros (GTS), con la participación de los hospitales modelo y de las direcciones departamentales, para facilitar la ejecución. Este grupo de trabajo estudiará y fijará los procedimientos para las licitaciones sobre la base de protocolos terapéuticos, administración local de los suministros, control de calidad y procedimientos para la distribución de los suministros médicos entre los establecimientos participantes en los modelos.

b. Ejecución del Subcomponente IIb. Redefinición y fortalecimiento de las funciones de reglamentación, normativa y de coordinación del MSPAS

- 3.35 Se creará un **Comité de coordinación intrasectorial** compuesto por representantes del MSPAS y de ramas institucionales claves del sector. El Director Ejecutivo de la UCP oficiará como enlace entre este comité y el Comité de Modernización en el ámbito del Ministerio, y contratará todas y cualquiera de las actividades que se requiera en el marco del proyecto para el cumplimiento cabal del mandato de este subcomponente. Esto incluirá, en particular, la contratación de los estudios necesarios para la preparación de un documento blanco sobre reforma sectorial, el sistema de acreditación institucional, el establecimiento y codificación de mecanismos reglamentarios adicionales y el establecimiento de estrategias de comunicación a corto y mediano plazo.
- 3.36 El proyecto comprende algunas actividades relacionadas con el fortalecimiento de la capacidad reguladora del MSPAS y algunas modificaciones del marco reglamentario del sector de la salud, en cuanto guarden relación con actividades específicas del proyecto (por ejemplo el sistema de acreditación). Sin embargo, se considera que una reforma reglamentaria más amplia forma parte del marco más vasto de reforma del sector, para la cual este proyecto sólo constituye el paso inicial. Por ende, en lo que atañe a este proyecto, el fortalecimiento del marco reglamentario se realizará en forma gradual (tercer año) y de acuerdo con la creación de un consenso sectorial más amplio.

D. Requisitos de auditoría externa

- 3.37 El prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, presentará estados financieros del proyecto, certificados mediante auditorías externas formales practicadas por una firma independiente que sea

aceptable para el Banco. Las auditorías se financiarán con recursos del préstamo.

E. Sistema de supervisión y evaluación

1. Informes semestrales

- 3.38 Durante la ejecución del proyecto, la UCP presentará informes de progreso y financieros semestrales, que incluirán, aunque no limitándose a ello, el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales, el progreso en cada uno de los subcomponentes de acuerdo con indicadores mensurables del impacto de los planes de acción y el marco lógico (véase el Cuadro 6), y los desembolsos por subcomponente. Esos informes también versarán sobre las actividades previstas para el siguiente período e incluirán el proyecto de los términos de referencia para todos los estudios y consultores.

2. Supervisión del proyecto

- 3.39 El Banco llevará a cabo misiones periódicas de supervisión con objeto de examinar los progresos y problemas de la ejecución del proyecto, conforme a este detalle:

1. **Exámenes anuales.** Dentro de los 30 días siguientes a la presentación de los informes semestrales alternados, el gobierno y el Banco realizarán una evaluación anual del proyecto, que conllevará reuniones con personal de la UCP, funcionarios clave del MSPAS, directores departamentales y de hospitales modelo y otros participantes en la ejecución. Estas evaluaciones abarcarán el progreso general del proyecto, los planes de trabajo anuales, los planes de gastos y desembolsos para el año siguiente y los planes concretos de acción y perfiles de desembolsos para cada subcomponente.
2. **Evaluación a mitad del período de ejecución.** Al término del segundo año de la ejecución del proyecto, el gobierno y el Banco emprenderán una evaluación de mitad del período que se concentrará especialmente en los avances generales hacia la consecución de los objetivos del proyecto, el proceso y los indicadores de impacto acordados entre el prestatario y el Banco, los progresos generales y las actividades concretas del componente de modernización de acuerdo con los planes de acción, las metas mensurables y las condiciones del sector. Sobre la base de esta evaluación, y cuando sea necesario y apropiado, se dispondrá revisiones y medidas correctivas de mitad del período en el diseño del proyecto y en la ejecución de éste. Si a raíz de esta evaluación se determina que no ha habido un progreso apropiado en la ejecución del proyecto, el Banco podrá cancelar porciones de los fondos no comprometidos.

Cuadro 6:
Compendio de referencias de los componentes
como indicadores de progreso efectivo y plataforma para la reforma sectorial
Proyecto de modernización del MSPAS de El Salvador - ES-0053

Componente	Referencia	Cronología
Modelo de atención primaria	Establecimiento del sistema de capitación en las unidades modelo como mecanismo de financiamiento de la prestación de servicios.	Término del tercer año
	Establecimiento de los sistemas de registro y red de consultorios para identificar y enviar a los beneficiarios a los prestadores de atención sanitaria apropiados (hospitales y unidades de atención primaria) y establecimiento de la red inicial.	Término del segundo año
	Establecimiento del sistema presupuestario en las unidades de salud y vinculación de éste con la planificación de programas.	Término del tercer año
Administración de hospitales	Establecimiento de sistemas efectivos e integrados de administración financiera en los hospitales (desde la planificación a las funciones de auditoría).	Término del tercer año
	Existencia efectiva de capacidad en los hospitales para seleccionar, contratar, capacitar, promover y reemplazar personal, dentro de límites discrecionales y conforme a las excepciones consagradas en la Ley de Servicio Civil.	Término del proyecto
Reorganización del MSPAS	El MSPAS ejecuta todo su presupuesto dentro del sistema de administración financiera integral (SAFI).	Término del segundo año
	Establecimiento y funcionamiento del SIRH con mayor discrecionalidad del MSPAS respecto de las prácticas de personal en el marco de la Ley de Servicio Civil.	Término del tercer año
	Puesta en uso del Cuadro Básico revisado y de los protocolos de tratamiento.	Término del cuarto año
	Establecimiento del Sistema Nacional de Evaluación e integración con el Sistema de Acreditación para Hospitales y Prestadores de Atención de Salud Primaria.	Término del proyecto para los hospitales, con invitación a que se aplique en las unidades de salud
Fortalecimiento del papel normativo, regulador y de coordinación del MSPAS	Las encuestas de satisfacción de los usuarios muestran una imagen positiva de las medidas de reforma del MSPAS.	Término del tercer año
	Preparación y puesta en consideración del documento blanco sobre la estrategia de reforma sectorial entre los elementos clave del sector, por intermedio del Comité Intersectorial.	Comienzo del cuarto año
	Funcionamiento efectivo del Comité Intersectorial, como precursor de la Comisión de Reforma del Sector de Salud auspiciada por el gobierno.	Cuarto año

IV. BENEFICIOS, RIESGOS Y VIABILIDAD

A. Análisis del impacto social y económico

- 4.1 Los principales beneficiarios del proyecto serán los pobres que dependen de los servicios de atención sanitaria que presta el gobierno o que pagan por su cuenta los costos de los prestadores particulares. Mediante el establecimiento y financiación de servicios básicos (principalmente de atención materno-infantil) para poblaciones objetivo que carecen de atención en los departamentos experimentales de San Miguel y Santa Ana, el proyecto beneficiará directamente a los habitantes pobres de esas regiones. Merced a la introducción de técnicas administrativas modernas, el proyecto mejorará la eficiencia y la calidad de los servicios en los dos hospitales objetivo. Por medio del comienzo de la reestructuración y reorganización del MSPAS a nivel central, la introducción de incentivos con orientación de resultados y la redefinición de un plan básico de atención sanitaria, el proyecto mejorará la eficiencia y la equidad de la distribución de los recursos del gobierno y reducirá la carga financiera del mejoramiento del nivel de atención sanitaria para los pobres.

B. Beneficios

- 4.2 El proyecto rendirá cinco clases de beneficios, a saber:

1. Equidad

- 4.3 Los beneficiarios del proyecto serán los pobres que dependen de los servicios de atención sanitaria que presta el gobierno o que pagan por su cuenta los costos de los prestadores particulares (el 23% de los pobres pagan por atención de salud a cargo de prestadores particulares). Mediante la financiación de un conjunto de servicios básicos para la población no atendida y subatendida, el proyecto contribuirá al mejoramiento de su salud. Se prevé que el gobierno reproducirá el nuevo modelo de prestación de la atención sanitaria en el resto del país, beneficiando de esta forma a los pobres que, según las estimaciones, constituyen el 58% de la población.
- 4.4 Se estima que, mediante la financiación del fortalecimiento, la reorganización y la expansión del sistema de recuperación de costos en los hospitales modelo, podrá recuperarse de aseguradores privados aproximadamente 35% de los costos hospitalarios y 10% de los costos de atención primaria, y que podrá dedicarse estos recursos al mejoramiento y expansión de los servicios para los pobres.

2. Beneficios para la mujer

- 4.5 En los proyectos experimentales de Santa Ana y San Miguel, el conjunto básico de servicios beneficiará a unas 287.500 mujeres (16% de la población femenina de El Salvador). El conjunto básico de servicios beneficiará a las mujeres en edad reproductiva, entre las que actualmente se registra altas tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la maternidad. Además, las mujeres y sus hijos son los principales usuarios de los servicios sanitarios del MSPAS.

3. Calidad

- 4.6 Se mejorará la calidad mediante i) la creación de un sistema de acreditación que aplicará estándares mínimos a las instituciones que brindan atención sanitaria; ii) el establecimiento de normas y protocolos terapéuticos uniformes; y iii) la introducción de incentivos para que los prestadores de atención sanitaria mejoren la calidad de sus servicios.

4. Eficiencia y eficacia en función del costo

- 4.7 Merced al proyecto se mejorará la eficiencia y la equidad en la distribución de los recursos del gobierno, aumentará la eficacia de los servicios en función de su costo y se reducirá la carga financiera de la atención sanitaria sobre los pobres, mediante el establecimiento de un proceso gradual de i) reestructuración y modernización del Ministerio, los hospitales modelo y las unidades de atención primaria; ii) agilización de los procesos administrativos; iii) reorientación de las corrientes de financiación hacia la atención de salud primaria; iv) introducción de incentivos orientados hacia los resultados; v) definición de un plan básico de servicios eficaces en función del costo; vi) establecimiento de un sistema de envío de casos y viceversa; y vii) reforma y agilización del sistema de suministros médicos, usando una lista de productos y protocolos de tratamiento uniformes.
- 4.8 Las acciones previstas en el plan básico de servicios provienen de la literatura internacional sobre eficacia en función del costo y brindan el máximo valor de los recursos al reducir la frecuencia de la morbilidad y la mortalidad en la población objetivo. La focalización de los beneficiarios con un plan básico de servicios y el pago a los prestadores sobre una base per cápita, cambia considerablemente la organización y la estructura de la financiación y la prestación de los servicios sanitarios del MSPAS. Este nuevo método de operación crea incentivos para que los prestadores brinden sus servicios de una manera eficiente y eficaz en función del costo, y es superior a posibles opciones que funcionan dentro de las estructuras existentes. Como se indicó en el Capítulo I, el sistema actual no está estructurado para fomentar incentivos positivos, usar la focalización o definir la prestación

de servicios y crear sistemas de pago a los prestadores en una forma eficiente y eficaz en función del costo.

5. El estado sanitario de la población

- 4.9 Se prevé que, en lo atinente a la población objetivo, la mortalidad infantil se reducirá un 15% (de 61 a 52 por cada 1.000 nacidos vivos en San Miguel y de 45 a 38 por cada 1.000 nacidos vivos en Santa Ana); la mortalidad materna intrahospitalaria disminuirá un 20%, de 9,5 a 7,6 por cada 10.000 nacidos vivos en San Miguel y de 6,8 a 5,4 por cada 10.000 nacidos vivos en Santa Ana; y que la cobertura efectiva por medio del plan básico de servicios habrá aumentado un 60% al término del proyecto.

C. Impacto ambiental

- 4.10 El Comité de Medio Ambiente e Impactos Sociales (CESI/TRG) examinó el informe del proyecto el 15 de diciembre de 1997. No se solicitó ni se preparó un Informe sobre Impactos Sociales y Ambientales (ESIR). Se prevé que el impacto ambiental sea insignificante dado que no se realizarán inversiones en infraestructura. El tema de los desechos médicos será encarado en el marco del préstamo ES-0074 con el cual la presente operación mantendrá una coordinación estrecha. Se prevé que el impacto ambiental sea insignificante porque el proyecto consiste, principalmente, en cambios institucionales y administrativos. No habrá inversiones en infraestructura y los equipos que habrá de adquirirse e instalarse, en gran medida reemplazarán equipos existentes. La instalación de estos equipos exigirá algunas modificaciones de la infraestructura existente, pero serán mínimas. Finalmente, un proyecto de 1998 sobre descontaminación de zonas críticas (ES-0074) trata el problema de los desechos de los hospitales a escala nacional y brindará medidas reglamentarias, capacitación, guías y manuales, mecanismos para la contratación con el sector privado de servicios seguros y reglamentados de recolección y eliminación de desechos sólidos, asistencia técnica e inversiones limitadas en incineradores para hospitales. Además, se capacitará a instructores del MSPAS en el tratamiento adecuado de los desechos médicos de las unidades de atención primaria de salud. Los dos hospitales modelo del proyecto ES-0053 figurarán entre los primeros elegidos para la ejecución del proyecto ES-0074. Los equipos de ambos proyectos coordinarán estrechamente su tarea, a fin de asegurar la integración de los proyectos y el cumplimiento de las normas sobre impactos ambientales.

D. Viabilidad financiera

- 4.11 Habida cuenta del monto reducido del préstamo y del carácter experimental del modelo de atención primaria que se pondrá en práctica, el impacto financiero directo y a más largo plazo del proyecto que se propone se mínimo y asciende a 1,6% de los gastos ordinarios del gobierno en salud. En los párrafos 4.12 a 4.15 se

ofrece un análisis del impacto del proyecto en el presupuesto ordinario del MSPAS y de la carga de la deuda sobre el gobierno.

- 4.12 El nuevo costo ordinario del subsidio para los dos departamentos modelo equivale a 53 millones de colones (US\$6 millones) y el presupuesto ordinario del MSPAS para 1997 asciende a 1.382 millones de colones (US\$159 millones). El aumento de los costos ordinarios del MSPAS en relación con las zonas experimentales, durante la vida del proyecto, es de 13,78 millones de colones (US\$1,6 millón) por año, vale decir 0,99%, aproximadamente, del presupuesto ordinario de este año. Los costos adicionales de la extensión del plan básico de servicios a la población pobre restante de los departamentos, equivale a 34,1 millones de colones (US\$3,9 millones) o 2,6% del presupuesto ordinario de este año.
- 4.13 Durante el período 1990-1996, el gasto público en salud fue bajo en relación con el de otros países de América Central y con el propio presupuesto de El Salvador (aproximadamente 8,9% de los gastos del gobierno) y se mantuvo por debajo del nivel del período anterior a 1980 (9%). Para el período 1998-2002 se proyecta un volumen de gastos equivalente a 8,6%, aproximadamente, del total y un aumento de 1.598 millones de colones, en 1998, a 2.412 millones de colones en 2002. El gobierno se ha fijado la meta, conforme a los Acuerdos de Paz, de aumentar los gastos del sector social como porcentaje del total.
- 4.14 Si se extendiera el modelo de atención primaria a toda la población pobre (3,3 millones o el 58% de la población del país, que asciende a 5,7 millones), el costo del modelo para todos los pobres ascendería a 369 millones de colones (US\$42,2 millones) aproximadamente. Empero, en un plano más realista, si en 2002 el MSPAS llegara al 40% de los pobres, el costo sería de 148 millones de colones (US\$16,9 millones), equivalente a un aumento de 6,1% del presupuesto proyectado para ese año 9/.
- 4.15 El presupuesto de 1996 constituyó el 15% del PIB y el presupuesto de salud el 1,4% del PIB. El incremento con motivo de este proyecto es menos de 0,1%. En términos de carga de endeudamiento, se estima que el impacto general de este proyecto (US\$20,7 millones) en la carga de la deuda, los pagos de ésta o los intereses pagaderos después del período de gracia, serían también equivalentes a menos de 0,1%. En 1996, la deuda pública de El Salvador ascendía a US\$2.253,7 millones (30,5% del PIB), lo cual representa un incremento de US\$355,3 millones con respecto a 1995. El 92% de la deuda pública no financiera corresponde a

9/ Véase una explicación más completa en los documentos del archivo del proyecto "Estimating Costs for Pilots of Model of Primary Care"; Jacir de Lovo, "Impacto Económico y Fiscal del Proyecto-Sector Salud" (9/97) y Viglione, "Análisis Macroeconómico de El Salvador" (9/97).

organizaciones internacionales. Si bien la carga de la deuda total es significativa, este proyecto no representa virtualmente un aumento de esa carga.

E. Riesgos

- 4.16 Como resultado de las elecciones que se realizarán en marzo de 1999 podrán producirse cambios en el equipo de proyecto del gobierno, lo cual podría retrasar la etapa de ejecución. Para tratar de mitigar esta situación se han tomado varias medidas, incluidas conversaciones con la Asociación Médica, una estrategia interna de comunicación para el personal del Ministerio y una estrategia externa para la población en general con miras a consolidar el respaldo a los objetivos del proyecto. Asimismo, el proyecto alienta la creación de consenso por medio de comités intrasectoriales en los ámbitos nacional y departamental. Por otra parte, la UCP se incorporará a las responsabilidades ministeriales en marcha.
- 4.17 Ya ha comenzado la campaña electoral lo cual puede crear mayor inestabilidad en el proceso de formulación y aplicación de políticas y programas y podría darse el caso de que se introduzcan políticas que creen conflictos o sean contrarias a las actividades del proyecto.
- 4.18 La débil capacidad institucional del MSPAS, tanto para absorber el aumento de la demanda como para introducir cambios de gestión, constituye un riesgo para el éxito en la ejecución del proyecto. Para disminuir ese riesgo se creará una red eficaz de consultorios para canalizar la demanda y se respaldará la reorganización y la reestructuración del MSPAS a nivel central de manera que pueda cumplir con sus funciones institucionales adecuadas. Se ofrecerá capacitación y asistencia técnica para reforzar la capacidad de ejecución del MSPAS. Tres funcionarios del MSPAS asistieron a un seminario del BID sobre adquisiciones, que se llevó a cabo en El Salvador, en 1997.

**MARCO LÓGICO
EL SALVADOR
PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL**

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES IMPORTANTES
META: Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población	1.1 Disminución de la tasa de mortalidad infantil de 45 a 38 por mil (Santa Ana) y de 61 a 52 por mil (San Miguel) nacidos vivos, para el cuarto año. 1.2 Disminución de la mortalidad materna intrahospitalaria de 6,8 a 5,4 por diez mil (Santa Ana) y de 9,5 a 7,6 por diez mil (San Miguel) nacidos vivos para el cuarto año del proyecto.	1.1 Estadísticas institucionales del MSPAS.	1. Las condiciones sociales y políticas del país permanecen estables en el mediano plazo. 2. Las actividades relacionadas con el proyecto y el proceso de modernización continúan y se fortalecen en materia institucional y financiera en el corto, mediano y largo plazo. 3. La ejecución del proyecto se realiza en forma estratégica. 4. Las autoridades mantienen la continuidad del equipo de proyecto y la unidad coordinadora durante un período suficiente para el desarrollo de la ejecución.

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES IMPORTANTES
<p>PROPÓSITO:</p> <p>1. Mejorar la cobertura, la calidad, la equidad y la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios del MSPAS.</p>	<p>1.1 Cobertura equitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del acceso de la población más pobre a los establecimientos sanitarios a razón de 25% anual, a partir del segundo año. - Aumento de un 60% en la cobertura de los programas de salud en las zonas del proyecto al término de éste. <p>1.2 Calidad del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfacción del usuario en las zonas experimentales aumenta 50% el primer año y 100% en años ulteriores en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> i) Demoras y tiempo de espera ii) Tratamiento interpersonal iii) Visitas y consultas programadas - Disminución del grado de infecciones intrahospitalarias en los hospitales modelo a razón de un promedio de 40% el primer año, 70% el segundo, y 90% al término del proyecto. <p>1.3 Eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuperación de costos de los no beneficiarios de 40% al término del primer año y 90% al término del proyecto. - Recuperación de costos de medicamentos en los hospitales modelo de 40% al término del primer año y 90% al término del proyecto. 	<p>1.1 Encuestas domiciliarias con fines múltiples.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muestras de establecimientos modelo y grupos de control sobre 1) supervisión en el lugar y 2) encuestas de usuarios rápidos. <p>1.2 Seguimiento de los registros clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditorías clínicas, administrativas y financieras. - Encuestas sobre satisfacción de los usuarios. - Grupos objetivo en zonas experimentales. <p>1.3 Sistema de información gerencial (SIG).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de contabilidad - Supervisión en el lugar - Informes del MSPAS - Muestra de establecimientos 	<p>1. Existencia de voluntad y compromiso políticos en favor del cambio, por parte de las autoridades máximas del MSPAS.</p> <p>2. Respaldo político y participación significativa de los interesados del sector, en lo atinente a un marco de políticas y reglamentario que permita la redefinición del papel del MSPAS.</p> <p>3. Disponibilidad oportuna de los fondos de contrapartida.</p> <p>4. Mantenimiento o mejoramiento del perfil epidemiológico del país.</p>
<p>COMPONENTE I:</p> <p>Reestructuración del modelo de atención sanitaria</p>	<p>1. Al comienzo del segundo año se fija las prioridades de las actividades programáticas del MSPAS.</p> <p>2. Los servicios prestados en las zonas del proyecto son eficientes, eficaces y equitativos.</p> <p>3. Recuperación del 70% de los costos en los establecimientos de las zonas experimentales al término del tercer año.</p>	<p>1. Supervisión en el lugar con muestra de establecimientos</p> <p>2. Informe de evaluación de grupos modelo y de control</p> <p>3. Informes del MSPAS.</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES IMPORTANTES
1.1 Establecimiento de un modelo de atención de salud primaria y modernización de las unidades de atención primaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seis acuerdos de resultados con unidades de atención sanitaria (30% del modelo) acordados al término del primer año. 2. Capacitación de 3.000 personas (MSPAS, hospitales, unidades de atención primaria) por año en el nuevo modelo de atención sanitaria durante los dos primeros años. 3. Veinte establecimientos de atención primaria de salud participan en el modelo y se encuentran reorganizados al término del tercer año. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planes de acción 2. Informes de proyecto 3. Supervisión en el lugar 4. Auditorías técnicas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimización del uso de los recursos del proyecto para las innovaciones administrativas propuestas y disponibilidad de recursos técnicos para una prestación de servicios eficaz en función del costo en el modelo.
1.2 Modernización y fortalecimiento institucional de los hospitales modelo e innovaciones en la organización de la red de servicios y el sistema de atención sanitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planes de modernización acordados al término del primer año. 2. Sistema de red de consultorios establecido al término del cuarto año. 3. Sistema de información con registro de los beneficiarios establecido al término del tercer año. 4. La adquisición e instalación de equipos de biomedicina en los hospitales modelo alcanza a 60% al término del tercer año. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión en el lugar 2. Informes de seguimiento y evaluación del proyecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilidad de los precios de los suministros médicos, medicamentos y equipos.
<p>COMPONENTE II:</p> <p>Reorganización de los subsistemas administrativos clave en el nivel central y fortalecimiento de las funciones de políticas del MSPAS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento del caudal de toma de decisiones en los establecimientos del MSPAS en materias de administración financiera, administración de recursos humanos y administración de suministros. 2. Se encuentra establecido el sistema de evaluación del MSPAS, vinculado con el proceso de toma de decisiones. 3. Mayor transparencia en las decisiones y asignaciones presupuestarias, en respuesta a las prioridades programáticas especificadas del MSPAS en los niveles central y local. 4. El Cuadro Básico y los protocolos de tratamiento se encuentran establecidos al término del segundo año. 5. Opinión favorable respecto de la modernización, manifestada por el personal del MSPAS, interesados y el público. 	<p>Anualmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra de establecimientos y grupos de control. 2. Informes de proyecto y entrevistas con personal gerencial. 3. Informes de SAFI y SIRH, informes de proyecto, informes del MSPAS e informes de los comités intersectoriales. 4. Informes de proyecto. 5. Encuestas de opinión y ejercicios de grupos objetivo. 	
2.1 Subsistemas administrativos clave reorganizados:			

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES IMPORTANTES
- Subsistema financiero	Finanzas: 1. Asignaciones presupuestarias relacionadas con los resultados, pagos per cápita y actividades al término del segundo año. 2. Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) instalado al término del tercer año. 3. Cien por ciento del presupuesto ejecutado al término del segundo año.	1. Presupuesto del MSPAS. 2. Verificación del funcionamiento del SAFI en el lugar. 3. Informes anuales del Ministerio de Finanzas y del Departamento Financiero del MSPAS.	1. El SAFI se encuentra en funcionamiento en el Ministerio de Finanzas.
- Subsistema de recursos humanos	Recursos humanos: 1. Mayor flexibilidad y responsabilidad de las decisiones autónomas en materia de administración de recursos humanos en el nivel de los establecimientos de atención primaria de salud en las zonas del proyecto. 2. Procedimientos de administración de recursos humanos totalmente en vigencia en los establecimientos modelo al término del cuarto año, incluida la automatización del SIRH (y primer paso hacia la generalización del modelo en etapas futuras de la reforma). 3. Plan de desarrollo de los recursos humanos compatible con el Plan de Oferta de Salud del Ministro establecido al término del segundo año. 4. Tiempo de contratación de personal reducido de cuatro meses a un mes al término del segundo año.	1. Supervisión en el lugar e informes de proyecto. 2. Manual de Operaciones y Procedimientos del SIRH. 3. Evaluación de planes. 4. Muestra de establecimientos modelo y evaluación del MSPAS.	2. Se logra reducir la resistencia burocrática interna a los cambios en la cultura de la organización.
- Subsistema de suministros	Suministros: 1. Distribución de suministros médicos con niveles adecuados de calidad y cantidad entre los establecimientos, de acuerdo con sus calendarios de suministros. 2. Cuadro Básico y protocolo de tratamiento distribuidos y utilizados en los establecimientos al término del cuarto año.	1. Supervisión en el lugar. 2. Muestra del Cuadro Básico y protocolo de tratamiento en uso.	3. Los sindicatos de la salud aceptan los cambios de organización y las nuevas formas de prestación de los servicios.
- Subsistema de evaluación y supervisión	Evaluación y supervisión: 1. Sistema Nacional de Indicadores Sanitarios en uso en las zonas experimentales designadas al término del primer año. 2. Nuevo sistema de evaluación en uso a mediados del proyecto. 3. Sistema de evaluación integrado con los sistemas de supervisión y administración autónoma al término del proyecto.	1. Nuevo sistema de evaluación e informes de seguimiento.	

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES IMPORTANTES
2.2 Fortalecimiento de las funciones normativas, reguladoras y de coordinación del MSPAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de acreditación establecido: <ul style="list-style-type: none"> - Política de acreditación establecida el primer año; - Criterios de acreditación establecidos el segundo año; - El 50% de los hospitales acreditados al término del tercer año; - El 100% de los hospitales acreditados al término del proyecto. 2. Comité Intersectorial de Salud establecido y en funciones al término del primer año. 3. Comités Técnicos Locales establecidos y en funciones al término del segundo año. 4. Estrategia de comunicación social y empresarial trazada al término del primer año. 5. Opiniones positivas en las encuestas de opinión. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de proyecto y archivos del sistema de acreditación. 2. Informes del Comité. 3. Informes de los comités. 4. Project Reports. 5. Encuestas de opinión del público y los usuarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de un compromiso de otros interesados en el sector, para participar en el Comité Intersectorial. 2. El poder legislativo aprueba oportunamente las reformas legales y reglamentarias.

EL SALVADOR
APOYO A LA MODERNIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (ES-0053)
PLAN DE ADQUISICIONES

Principales adquisiciones	Financiación	Método de adquisición	Precalificación	Fecha prevista del AEA (semestre) si lo requiere el Banco
1. Administración del programa				
Consultores individuales US\$1.420.000	100% BID	LPI desde US\$100.000 a US\$199.999 LP menos de US\$100.000	No	N/A
Equipos y mantenimiento US\$995.000	100% BID	LPI desde US\$250.000 LPN desde US\$150.000 a US\$249.999 LP menos de US\$150.000	No	II/98
2. Ejecución del programa				
Equipos médicos US\$1.400.000	100% BID	LPI desde US\$250.000 LPN desde US\$150.000 a US\$249.999 LP menos de US\$150.000	No	I/99
Equipos y material US\$2.630.000	100% BID	LPI desde US\$250.000 LPN desde US\$150.000 a US\$249.999 LP menos de US\$150.000	No	II/98
Estudios, cursillos y capacitación US\$1.290.000	100% BID	LPI desde US\$200.000 LPN desde US\$100.000 a US\$199.999 LP menos de US\$100.000	Sí	II/98
Consultorías especializadas US\$3.750.000 Promedio: US\$50.000	100% BID	LPI desde US\$200.000 LPN desde US\$100.000 a US\$199.999 LP menos de US\$100.000	Sí	II/98

LPI Licitación pública internacional
LPN Licitación pública nacional
LP Licitación privada
AEA Aviso específico de adquisiciones

RE2-ES109P
ES-0053
Original: inglés
Apéndice I

PROYECTO DE RESOLUCION

EL SALVADOR. PRESTAMO ___/OC-ES A LA REPUBLICA DE EL SALVADOR
(Proyecto de Apoyo a la Modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)

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 El Salvador, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Proyecto de Apoyo a la Modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dicho Financiamiento será por una suma de hasta US\$20.700.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los "Plazos y Condiciones Financieras" y a las "Condiciones Contractuales Especiales" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.