



BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO

PROJECT COMPLETION REPORT – PCR

Memorando del Banco

Nombre del Proyecto: Modernización de la red hospitalaria del Ministerio de Salud (MINSA)

Número de Proyecto: NI0024

Préstamo(s): 1027/SF-NI

Tabla de Contenido

Página

1. Información General

- 1.1. Objetivo de Desarrollo
- 1.2. Datos básicos
- 1.3. Resumen de calificaciones
- 1.4. Cronología del proyecto
- 1.5. Documentos de referencia

2. Memorando del Banco

- 2.1. Análisis de resultados (productos, efectos e impactos)
 - 2.1.1. Productos (*outputs*) obtenidos
 - 2.1.2. Efectos (*outcomes*) e impactos del proyecto
- 2.2. Análisis de la implementación
 - 2.2.1. Medición del desempeño del proyecto
 - 2.2.2. Factores que afectaron la implementación del proyecto (según ISDP)
 - 2.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto
 - 2.2.4. Análisis de gestión del proyecto y lecciones aprendidas
- 2.3. Análisis de sostenibilidad
 - 2.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional
 - 2.3.2. Sostenibilidad del proyecto
- 2.4. Desempeño del Organismo Ejecutor
- 2.5. Bases para la evaluación ex post
- 2.6. Otras lecciones aprendidas y recomendaciones

5. Anexos

- Anexo 1A – Fuente de Financiamiento
- Anexo 1B – Calendario de Inversiones
- Anexo 1C – Información Financiera y Estados Financieros Auditados

Nota:

Este documento presenta las secciones 1 y 2 del PCR, así como el anexo 1.

La sección 3 (Memorando del Organismo Ejecutor) se presenta en documento separado.

La sección 4 corresponderá a las Minutas del CRG

De la sección 5 (anexos), no se incluyen los anexos 2 y 3 por ser conexiones automáticas del sistema PCR.

En documentos separados se presentan el anexo 4 (Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto) y el anexo 5 (anexo documental opcional)

Información General

1.1. Objetivo de Desarrollo

(Copie el objetivo de desarrollo del proyecto que aparece en el ISDP)

1. Eficiencia y capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas y proveer servicios mejoradas.
2. Calidad de la provisión de servicios de salud y de la atención médica y satisfacción del usuario aumentadas.
3. Cobertura con equidad de la provisión de servicios de salud materno-infantil ampliada.

1.2. Datos básicos del proyecto

Nombre del proyecto: Modernización de la red hospitalaria del Ministerio de Salud (MINSA)

Número del proyecto: NI0024

Número de Préstamo / CT: 1027/SF-NI

Nombre del Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINSA)

Monto de Préstamo / CT Original: \$ 48,600,000

Monto de Préstamo / CT Actual: \$ 48,600,000

Monto Cancelado del Préstamo / CT: \$309,118.00

Costo total del proyecto (BID) (Original): \$ 53,800,000

Costo total del proyecto (BID) (Actual): \$ 53,800,000

Autor del Memorando del Banco: Edmundo Quintanilla / Sobeyda Castillo / Marcos Membreño Idiáquez

Fecha del Taller de Inicio (Arranque):

Fecha de Evaluación de Medio Término: Marzo del 2002

Fecha del Taller de Terminación de Proyecto: 29 de mayo del 2006

Memorando del Banco

2.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS (PRODUCTOS, EFECTOS E IMPACTOS)

2.0. Resumen Ejecutivo.

En la segunda mitad de la pasada década de los noventa, el Ministerio de Salud (MINSA) de la República de Nicaragua se caracterizaba por ser una institución con modelos de gestión sumamente tradicionales, apoyados en sistemas de información operados manualmente o con una obsoleta base informática. Adicionalmente, el Ministerio no contaba con una suficiente masa crítica de profesionales con liderazgo y con las competencias técnicas requeridas para planificar, monitorear y evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios médicos brindados a los usuarios. A un nivel más global, el MINSA mostraba una muy débil capacidad institucional y técnica para ejercer su papel de rector y regulador de las políticas del sector salud en todo el país, en un entorno signado por la ausencia de un marco jurídico y normativo que definiese de manera coherente las estructuras, funciones y procedimientos de las instituciones del mismo sector. El gobierno central, por su parte, carecía de los recursos financieros necesarios para llevar a cabo la modernización del MINSA y la igualmente urgente adquisición de nuevos insumos y equipos y la habilitación de parte de la vieja infraestructura física existente. **Estos factores institucionales limitaban significativamente la capacidad del Ministerio para coordinar las estrategias e intervenciones en salud tanto de organizaciones nacionales como internacionales de cooperación.**

Fue en este contexto que el 24 de noviembre de 1998 el Directorio del Banco aprobó el programa “Modernización Red Hospitalaria del Ministerio de Salud”, con un préstamo de US\$ 48,6 millones (1027/SF-NI) y una contrapartida local de US\$ 5,22 millones, para un total de US\$ 53,8 millones. El contrato con el Banco se firmó el 26 de noviembre de 1998 y el Gobierno de Nicaragua aprobó el préstamo, a través de la Asamblea Nacional, el 25 de junio de 1999 (según el Informe de Evaluación de Medio Término, p. 1), mientras los recursos del préstamo pasaron a ser elegibles desde el 12 de octubre de 1999. Según su diseño original, el Programa debía ejecutarse en un período de cuatro años, desde 1999 hasta el 2003. Sin embargo, debido a los retrasos en sus primeros años de ejecución, el Banco acordó, por solicitud del MINSA, prorrogar la ejecución del Programa por 2 años adicionales (2004 y 2005).

Los retrasos iniciales en la ejecución del Programa se debieron a las dificultades resultantes de la implementación de un esquema de coordinación entre las acciones del Préstamo 1027/SF-NI y una iniciativa de naturaleza muy similar financiada por el Banco Mundial (Crédito 3084-NI), el “Programa de Modernización del Sector Salud” (PMSS), que se encontraba entonces en su fase inicial de ejecución. Por otro lado, desde el principio el cumplimiento por parte del Gobierno de Nicaragua de las condicionalidades contempladas en ambos préstamos tensionó y desbordó las capacidades humanas, técnicas e institucionales existentes entonces en el MINSA. El esquema de coordinación adoptado por ambos bancos no funcionó tal como se había esperado. Para la UCP resultó materialmente imposible ejecutar a tiempo las acciones y los fondos del programa del Banco Mundial, incurriendo a la vez en inevitables retrasos en la ejecución del programa del BID, el cual había comenzado a ser implementado después que aquél. Al finalizar el tercer año, el nivel de ejecución financiera del Programa 1027/SF-NI BID era tan sólo de un 16%, mientras el Crédito 3084-NI del Banco Mundial registraba un gasto acumulado del 67%.

Para resolver estas dificultades, en la misión y evaluación de medio término en Abril de 2002 se acordó, por una parte, ajustar el esquema de ejecución para cumplir con el contrato de préstamo y, por otra parte, ubicar los cuadros de apoyo a esta ejecución directamente bajo la responsabilidad de las direcciones de línea del MINSA e institucionalizar el seguimiento del programa mediante el Comité Directivo Técnico (CDT). En noviembre del 2003, se revisaron los indicadores del Marco Lógico, así como la redacción de los objetivos y componentes del Programa con el fin de estructurar mejor los reportes de avance y seguimiento. Este ejercicio se llevó a cabo ajustándose de manera estricta a lo previsto contractualmente en el Anexo A del Contrato de préstamo 1027/SF-NI, por lo cual aquél debe ser considerado como una reestructuración de indicadores y no como una reformulación del Programa como tal.

Durante los cinco años de ejecución del Programa, el MINSA tuvo 5 ministros distintos y el país un cambio de Presidente de la República, lo cual no dejó de afectar el calendario de ejecución. Pero, a pesar de los retrasos iniciales y los cambios de autoridades, desde el punto de vista técnico el Programa logró ejecutarse en forma satisfactoria, cumpliendo con la mayoría de sus objetivos y las metas establecidas en los indicadores. A esto contribuyó la voluntad de la actual Administración de apoyar decididamente la ejecución del Programa en el MINSA.

2.1.1. Productos (outputs) obtenidos. Descripción de los productos del proyecto por componente y análisis de factores que afectaron su ejecución

2.1.1.1. Análisis de indicadores de producto. Registre los indicadores de los productos obtenidos en cada componente usando los mismos indicadores de producto (*outputs*) que aparecen en el ISDP / PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del ISDP / PPMR). Compare los indicadores en las columnas Logrado y Planeado. Si existe una diferencia significativa entre ellos, describa brevemente los factores responsables de la diferencia

COMPONENTE 1 – Indicadores de producto Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua	
PLANEADO	LOGRADO
1.1. Planes estratégicos y sistema interno de inventario y distribución de insumos médicos implementados en el año 4 de ejecución del Programa.	1.1. Desde el tercer año de ejecución del Programa, los dos hospitales piloto financiados con fondos del BID (el Hospital infantil “La Mascota” y el Hospital Alemán Nicaragüense) han elaborado planes estratégicos que se evalúan y ajustan cada año. El sistema interno de inventario y distribución de insumos médicos (SAAS: Sistema Alternativo de Abastecimiento de Suministros) comenzó a implementarse a partir del segundo año de ejecución del Programa. Además se desarrollaron los instrumentos para la optimización del uso de los insumos médicos a través del diseño y aplicación de protocolos <i>ad hoc</i> y del funcionamiento del Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM).
1.2. Programa de gestión ambiental y plan de mantenimiento preventivo implementados en el año 5 de ejecución del Programa.	1.2. El programa de gestión ambiental fue implementado en los hospitales. En el marco del mismo, 90 personas participaron en un curso de postgrado en gestión ambiental y se diseñaron las normativas para la organización de la Unidad de Gestión Ambiental en el MINSA, SILAIS* y hospitales, la cual está considerada en la reorganización del MINSA como un órgano staff de la Dirección Superior.

<p>1.3. Programa de garantía de la calidad implementado en el año 2 de ejecución del Programa.</p> <p>1.4. 340 enfermeras entrenadas y certificadas en gestión y calidad en los hospitales piloto y tutelados* al final de la ejecución del Programa.</p> <p>1.5. Los sistemas de contabilidad de los dos hospitales piloto de Managua registran los ingresos y gastos por los servicios diferenciados en cuentas separadas (incorporadas en el módulo financiero del sistema de información) al final del año 5 de ejecución del Programa.</p> <p>Nota *: Los hospitales tutelados, 8 en total, fueron financiados con fondos del Banco Mundial.</p>	<p>Por su parte, el sistema de mantenimiento preventivo no se ha ejecutado en su totalidad, sino que aún se encuentra en su fase de prueba y solamente en uno de los 2 hospitales piloto apoyados por el BID (el Hospital infantil "La Mascota").</p> <p>1.3. El programa de garantía de la calidad, consistente en la mejora de la calidad de los servicios prestados a los usuarios, se implementó en el año 4 de ejecución del Programa en los 2 hospitales piloto de Managua financiados por el BID. En el año 2004 se implementó también en los otros 4 hospitales de Managua financiados por el Banco Mundial y en el hospital de León. Los indicadores de calidad y productividad pactados en los Compromisos de Gestión de ambos hospitales han mostrado avances significativos, como en la tasa de abandono que se redujo en un 43%; la productividad quirúrgica, que se incrementó en 20%; y la relación consultas externas versus emergencias, que pasó de 40/60 a 50/50.</p> <p>1.4. Se entrenó y certificó en gestión y calidad a 340 enfermeras de los hospitales pilotos y tutelados.</p> <p>1.5. Se diseñó el módulo de administración financiera (SIAFI), que permite registrar los ingresos y gastos por los servicios diferenciados en cuentas separadas. Este módulo se encuentra operando solamente en uno de los dos hospitales piloto financiados por el BID (el Hospital infantil "La Mascota").</p> <p>Nota *: SILAIS significa "Sistema Local de Atención Integral en Salud". En todo el país operan 17 SILAIS. Las mejoras en los SILAIS fueron financiadas con fondos del Banco Mundial.</p>
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):</p> <p>1.2. El retraso en la ejecución del sistema preventivo obedeció a los problemas técnicos que se presentaron en la articulación del mismo con el sistema de información del MINSA (SIMINSA) y a la ausencia de recursos para asumir los gastos recurrentes implicados en tal implementación. Por otra parte, la exclusión del segundo hospital piloto financiado por el BID (el Hospital Alemán Nicaragüense) fue debida a la inclusión de un hospital de mayor envergadura, el Hospital Lenin Fonseca (en Managua).</p> <p>1.3. El retraso en la ejecución se debió a la falta de sincronización en el tiempo entre la implantación del programa de calidad, por un lado, y las obras de infraestructura, la adquisición de equipos y los procesos de garantía de la calidad, por otro lado.</p> <p>1.4. Debido a la alta rotación de personal en los hospitales, una parte del personal de enfermería que recibió la capacitación abandonó el sistema público en busca de otras oportunidades de empleo. Según el "Informe de evaluación de medio término", la emigración del personal del MINSA fue una constante en los tres primeros años (1999-2001) de ejecución del proyecto (p.8, ver también p. 55). Más tarde, el "Informe final de evaluación" del 31 de octubre del 2004 señala que este fenómeno afectaba no sólo al personal directivo (p. 50) y de enfermería que recibió capacitación por parte del programa (p. 23, 58, 68), sino que también a los recursos humanos del MINSA en general (p. 71, 73). Lamentablemente, ninguno de los dos informes aquí citados proporciona cifras que permitan estimar la magnitud de la emigración del personal del MINSA (p. 16).</p> <p>1.5. En lugar de ejecutarse también en el otro hospital piloto financiado por el BID (el Hospital Alemán), el SIAFI (Sistema de Administración Financiera) se implantó en el hospital de Granada, así como en el hospital y el SILAIS de Masaya. En los informes de evaluación final no aparece una explicación acerca de las razones que motivaron esta decisión por parte del Programa.</p>	

COMPONENTE 2 – Indicadores de producto Plan piloto de rehabilitación de la infraestructura y equipamiento de dos hospitales piloto de Managua	
PLANEADO	LOGRADO
2.1. Para el final de la ejecución, 2 hospitales piloto cumplen con los criterios de habilitación de infraestructura y equipos.	2.1. Se priorizó la habilitación de infraestructura y equipos al nivel de la ruta crítica (emergencias, medios diagnósticos, cuidados intensivos, salas de parto y neonatología y salas de operaciones) en los dos hospitales piloto de Managua.
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable): 2.1. La intervención en infraestructura y equipamiento de los hospitales requería de volúmenes de recursos financieros muy superiores a los que fueron aportados por el Proyecto . Precisamente por tal razón, la UCP optó por priorizar la ruta crítica con el propósito de dotar a los hospitales con la suficiente capacidad para atender y resolver los principales problemas de salud de la población vulnerable.	

COMPONENTE 3 – Indicadores de producto Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria	
PLANEADO	LOGRADO
3.1. Sistema de información "SIMINSA" implementado con los módulos de producción de servicios en 4 SILAIS y 6 hospitales en el año 4, y los módulos de abastecimiento en todos los hospitales y SILAIS del país al finalizar el Programa. Módulo de costos y facturación desarrollado y en pruebas en al menos 1 hospital al final de la ejecución del Programa.	3.1. El módulo de producción no fue ejecutado de manera satisfactoria en los hospitales y los SILAIS. En cambio, el módulo de inventarios y bodega de medicamentos se ejecutó en forma satisfactoria (este mismo indicador ya fue evaluado antes en el indicador 1.1, del Componente 1). El módulo de costos y facturación se encuentra en proceso de programación y, por consiguiente, no ha pasado aún a su fase de prueba en ningún hospital.
3.2. (PLANIFICACIÓN BASADA EN RESULTADOS DESCONCENTRADA) 25 funcionarios del nivel central y 500 de los SILAIS capacitados en el módulo de planificación "SIPLA" y utilizan dicho sistema para la formulación del presupuesto, al final de la ejecución del Programa.	3.2. Se construyó el módulo informático de planificación (SIPLA) para los SILAIS, municipios y hospitales. Desde el tercer año de ejecución del Programa, el SIPLA permite elaborar el presupuesto anual del MINSA con la participación de todas las unidades ejecutoras. Gracias al SIPLA, se puede vincular la planificación financiera a las metas físicas y a las prioridades sanitarias de cada territorio. También se brindó capacitación a 25 funcionarios del nivel central, 32 en los hospitales y 618 en los SILAIS.
3.3. (GESTIÓN FINANCIERA DESCONCENTRADA) Sistema integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA) implementado y funcional en el nivel central y el módulo financiero del SIMINSA implementado en todos los SILAIS y en 6 hospitales al final de la ejecución del Programa.	3.3. El SIGFA se encuentra operando satisfactoriamente al nivel central del MINSA, pero el módulo financiero del SIMINSA (el SIAFI) no operó de manera satisfactoria en las unidades ejecutoras (SILAIS y hospitales).
3.4. Red hospitalaria de Managua reconfigurada y cartera de servicios aprobada al final de la ejecución del Programa.	3.4. La propuesta de reconfiguración y de cartera de servicios fue diseñada y aprobada, pero no ejecutada.
3.5. (COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA REFORMA). Al final de la ejecución del Programa, al menos 30% de los beneficiarios encuestados han recibido los mensajes clave de la reforma sobre: promoción y prevención de la salud, enfoque en el paciente ...	3.5. Se diseñó y se puso en marcha la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS), pero no se realizaron las mediciones relativas a la recepción y percepción de los mensajes claves de dicha estrategia por parte de los usuarios.

3.6. 380 médicos especialistas separados de la nómina del MINSA al final del año 2 de ejecución del Programa, y 1,700 trabajadores inactivos separados de la nómina del MINSA al final de la ejecución del Programa.	3.6. Se separó a 376 médicos especialistas y a un total de 1,700 trabajadores inactivos.
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
<p>3.1. Según una evaluación del Banco Mundial con fondos japoneses, el SIMINSA no ha dado los resultados esperados. En tanto sistema de información, su plataforma tecnológica no ha sido “amigable” y no ha servido para la integración de los sistemas de información de toda la institución. A pesar de ello es posible ajustarlo y rediseñarlo para mejorar su utilidad. El módulo de producción no se ejecutó adecuadamente en los hospitales debido a la inadecuación de su diseño con respecto a la realidad hospitalaria, a la falta de una suficiente capacitación técnica y a la carencia de suficientes equipos de computación. El módulo de abastecimiento (tal como ya se indicó antes en el indicador 1.1 del Componente 1) operó de manera satisfactoria. El módulo de costos y facturación no se encuentra en prueba en ningún hospital debido a la falta de definición de los centros de costos, las debilidades de capacitación del personal y la ausencia de una cultura organizacional que promueva el “costeo” de las actividades y servicios.</p> <p>3.3. Debido a problemas de diseño, el módulo financiero del SIMINSA (el SIAFI) enfrentó la mayor parte del tiempo “cuellos de botella” técnicos, que nunca pudieron ser resueltos adecuadamente, hasta que dejó de operar por completo.</p> <p>3.4. El MINSA cuenta actualmente con una propuesta de tipificación de sus hospitales al nivel nacional. Pero la ejecución de esta última requería de considerables inversiones en infraestructura y equipos y capacitación de recursos humanos. El MINSA no poseía ni posee aún los fondos necesarios para financiar tales inversiones.</p> <p>3.5. El estudio sobre la captación de los mensajes publicitarios por parte del público no se llevó a cabo por falta de recursos financieros en el MINSA.</p>	

COMPONENTE 4 – Indicadores de producto Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT) establecido y operando	
PLANEADO	LOGRADO
4.1. 20 proyectos de atención materno-infantil financiados y en marcha para 94,000 mujeres y 72,000 niños para el final de la ejecución del Programa.	4.1. En el cuarto año de ejecución del Programa, se ejecutaron 20 proyectos que brindaron atención a 112,667 mujeres y a 118,118 niños (Informe general del Programa de Modernización del Sector Salud , abril 2005, p. 6).
4.2. Rubro de compra de servicios establecido en el presupuesto de gastos del MINSA y canaliza los recursos de contrapartida del FONMAT a partir del año 3 de ejecución del Programa.	4.2. El rubro de compra de servicios quedó consignado en el Presupuesto de gastos del MINSA 2005, como el rubro 248, “Retribución por compra de servicios de salud” (Op. cit. , p.6).
4.3. Al menos 2 proveedores privados sub-contratados para la provisión del paquete de servicios de nivel primario en 2 proyectos del FONMAT al final de la ejecución del Programa.	4.3. No se realizó la contratación de ningún proveedor privado. Se realizaron dos convocatorias en el período de ejecución del proyecto, en las que participaron 6 ONGs. Pero ambas convocatorias se declararon desiertas por los altos costos presentados. A comienzos del 2004, se llevó a cabo el último intento de negociación con una de las ONG interesadas en participar, pero tampoco fue posible llegar a un acuerdo con ella (Op. cit., p. 21).
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
4.3. Según el personal del MINSA que coordinó el FONMAT, las ofertas financieras presentadas por los proveedores privados eran excesivamente costosas y superaban, además, la partida presupuestaria asignada por el proyecto. En opinión del equipo coordinador del FONMAT, los costos de los proveedores se incrementaban en las zonas rurales alejadas en las que estos últimos, a diferencia del MINSA, no disponían de personal e infraestructura propia en las localidades o en lugares relativamente cercanos a las mismas. Esta explicación no pudo ser ni corroborada ni rechazada en el marco de la preparación del presente PCR.	

COMPONENTE 5 – Indicadores de producto Dos proyectos de reforma del MINSA en el Fondo Social Suplementario (FSS) ejecutados	
PLANEADO	LOGRADO
<p>5.1. 36 equipos de salud constituidos por 180 trabajadores reciben bonificaciones en el marco de un programa de evaluación del desempeño al final del año 3 de ejecución del Programa.</p> <p>5.2. Sistema de abastecimiento alternativo de suministros establecido con protocolos terapéuticos en hospitales implementados al final del año 5, y sistema de compra de medicamentos y materiales de reposición periódica estandarizado y operando al final del año 5 del Programa.</p>	<p>5.1. En el marco de los compromisos de gestión firmados con 6 hospitales y 6 centros de salud, se conformó un promedio de 15 equipos de trabajo por hospital y 4 por centro de salud. Se entregaron bonificaciones a más de 1,500 empleados del MINSA.</p> <p>5.2. En los hospitales se implementaron los protocolos (12 en total) del Sistema Alternativo de Abastecimiento de Suministros (SAAS). Sin embargo, el nuevo sistema de compras y suministros del SAAS no pudo reemplazar a su antecesor, el Centro de Insumos para la Salud (CIPS). (Sobre el tema del abastecimiento ver también los indicadores 1.1 y 3.1).</p>
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):</p> <p>5.1. Las instancias de dirección de los hospitales recibieron los fondos destinados para las bonificaciones y los prorratearon entre todo el personal, transformándolo en una especie de complemento salarial generalizado que benefició a más de 1,500 empleados. Las expectativas salariales creadas por esta desacertada decisión y la carencia de recursos financieros del MINSA condujeron a la eliminación de este tipo de incentivos, implementados consecutivamente en los años 2001 y 2002.</p> <p>5.2. Con su mecanismo de compra directa a los proveedores y de entrega igualmente directa a las unidades ejecutoras del MINSA, el SAAS pretendía obviar las funciones de almacenamiento y redistribución realizadas por el CIPS (Centro de Insumos para la Salud). Sin embargo, un estudio comparativo entre el SAAS y el CIPS desaconsejó prescindir completamente del CIPS, dado el desigual desarrollo institucional existente en las diferentes unidades ejecutoras, los progresos en la eficiencia en el manejo de los medicamentos y materiales mostrados por parte del CIPS y el considerable volumen de las donaciones externas recibidas por el MINSA. El estudio aconsejó la implementación de un modelo “híbrido” que recogiera las bondades del SAAS y las del CIPS. En la práctica, debido a la falta de fondos, el MINSA optó por proseguir operando con el CIPS y renunciar al SAAS.</p>	

2.1.1.2. Identificación de los productos logrados. Teniendo en cuenta los indicadores de producto en los diferentes componentes del proyecto, describa sintéticamente los productos clave (*key outputs*) obtenidos por este proyecto

1. Planes estratégicos y planes operativos diseñados y actualizados en los SILAIS y hospitales piloto.
2. Diseño e implementación, con sus respectivos protocolos, del Sistema Alternativo de Abastecimiento de Suministros (SAAS) en los dos hospitales piloto de Managua. Pero este producto existió solamente mientras se dispuso de los fondos provenientes del Préstamo 1027/SF-NI.
3. Fortalecimiento, asesoría técnica y capacitación a los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM) en los 17 SILAIS y los 32 hospitales del país. A su vez, los SILAIS se encargaron de asesorar y capacitar a los CURIM municipales.
4. Diseño e implementación del programa de gestión ambiental en los hospitales. Esto incluyó la capacitación al personal y la adquisición de los equipos e insumos necesarios para el tratamiento adecuado de los desechos tóxicos (incineradores, etc.).
5. Diseño e implementación en carácter de prueba del sistema de mantenimiento preventivo en el Hospital Infantil La Mascota.
6. Diseño e implementación del programa de garantía de la calidad en 6 hospitales piloto. Este programa incluyó, como instrumentos de gestión de la calidad, los Compromisos de Gestión (entre el nivel central y los hospitales) y los Acuerdos Internos de Gestión, además del plan estratégico y los planes operativos.

7. Capacitación y entrenamiento en gestión y calidad a 340 enfermeras del MINSA.
8. Habilitación de infraestructura y equipos al nivel de la ruta crítica en los dos hospitales piloto de Managua financiados por el Banco.
9. Diseño y programación del módulo de producción y el de costos y facturación.
10. Diseño e implementación del módulo de planificación (SIPLA) en las 52 unidades ejecutoras del país, lo cual implicó la capacitación de 675 funcionarios del MINSA.
11. **A pesar de sus recurrentes dificultades de implementación técnica en las unidades ejecutoras del Ministerio**, el Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA) se diseñó e instaló al nivel central del MINSA.
12. Diseño y aprobación de la reconfiguración y de cartera de servicios de la red hospitalaria de Managua.
13. Diseño e implementación de la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS).
14. Ahorro de recursos financieros al separar de la nómina a 376 médicos especialistas y 1,700 trabajadores inactivos en el MNSA.
15. Atención materno-infantil brindada a 112,667 mujeres y 118,118 niños en 48 municipios del país.
16. Incorporación en el Presupuesto de gastos del MINSA 2005 del rubro compra de servicios como "Retribución por compra de servicios de salud" (Rubro 248).
17. Entrega de bonificaciones por desempeño a más de 1,500 empleados del MINSA en 6 hospitales y en 6 centros de salud, en los años 2001 y 2002.
18. Campaña nacional de vacunación contra la rubéola. Este fue un producto apoyado con fondos del Programa, aunque no estaba previsto en el diseño original del mismo.

2.1.2. Efectos (outcomes) e impactos del proyecto. Descripción de los logros del proyecto en relación con su Objetivo de Desarrollo (OD o propósito en el marco lógico del proyecto)

2.1.2.1. Análisis de indicadores de efecto (outcome). Registre los indicadores del logro del Objetivo de Desarrollo (outcome) usando los mismos indicadores de efecto (outcome) del ISDP/PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del ISDP / PPMR). Compare los indicadores de los efectos Logrados y Planeados. Si existe una diferencia significativa entre ellos, explique brevemente los factores responsables de la diferencia.

OBJETIVO DE DESARROLLO 1 Eficiencia y capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas y proveer servicios mejoradas Indicadores de Efecto	
PLANEADO	LOGRADO
1.1. CAPACIDAD...: Marco de políticas públicas del GoN para el Sector Salud aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa.	1.1. Se elaboró la Política Nacional de Salud 2004-2015 y se formuló el Plan Nacional de Salud 2004-2020. El Plan Quinquenal de Salud 2005-2009 ha sido aprobado y sirve de base para promover el Enfoque Sectorial en Salud (ESS). Se ha definido el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud a partir de las experiencias exitosas y la evaluación de diversas intervenciones en desarrollo en el país.
1.2. CAPACIDAD...: Nuevo marco regulatorio que define el papel de las instituciones de salud, la red hospitalaria y las instancias de supervisión y acreditación aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa.	1.2. Fue promulgada la Ley General de Salud (Ley N° 423) y su Reglamento mediante Decreto 1-2003. Adicionalmente, se oficializó la reestructuración del MINSA a través de la aprobación de la Ley de organización, competencias y procedimientos del Poder Ejecutivo (Ley 290), su Reglamento y reformas (Decreto ejecutivo 118-2001). También se encuentra

<p>1.3. EFICIENCIA: Porcentaje del presupuesto asignado al MINSA que se ejecuta en el ejercicio fiscal incrementa de menos de 60% en 1998 hasta 90% al finalizar el Programa.</p>	<p>en desarrollo una propuesta para perfeccionar esta reestructuración definiendo todos los componentes del sistema de gestión (planificación, finanzas, calidad, etc.) y se ha oficializado, mediante resolución ministerial, el nombramiento de los 5 Directores Generales encargados de asumir la conducción de cada una de las 5 estructuras aprobadas para el nivel central del MINSA.</p> <p>1.3. Se ha mejorado la capacidad de ejecución financiera del MINSA central pasando de un 77% en el año 1999 a 95% en el año 2004 y a un 96% en el 2005. También se ha mejorado la calidad de la ejecución en las 52 Unidades Ejecutoras (SILAIS, hospitales, etc.), medido a través de la mejoría en el cumplimiento de las normas de ejecución presupuestaria y la rendición oportuna de los recursos recibidos.</p>
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable): →No aplica.</p>	

<p>OBJETIVO DE DESARROLLO 2</p> <p>Calidad de la provisión de servicios de salud y de la atención médica y satisfacción del usuario aumentadas</p> <p>Indicadores de Efecto</p>	
PLANEADO	LOGRADO
<p>2.1. Al menos 30% de los usuarios perciben un cambio favorable en el periodo de 1998 hasta 2004 en la prestación de servicios apoyados por el Proyecto.</p> <p>2.2. Al final de la ejecución del Programa, al menos un 80% de los proveedores apoyados por el Programa (hospitales y FONMAT) cumplen con los protocolos oficiales de al menos 3 patologías prevalentes en cada unidad.</p>	<p>2.1. La opinión de los usuarios ha sido recogida sistemáticamente en los hospitales piloto de manera semestral a partir del año 2003 mediante “encuestas de satisfacción”. En el Hospital Infantil La Mascota (u Hospital “Manuel de Jesús Rivera”), la satisfacción pasó de 68% (Línea de Base) a 77% en el 2004. En el caso del Hospital Alemán Nicaragüense pasó de 75% (Línea de Base) a 90% en el 2004. Este indicador se hace más evidente con la disminución del número de pacientes que desistieron de los abandonos*, cuyos datos muestran una reducción de más del 40% en ambos hospitales. En conjunto con la Dirección del Primer Nivel de Atención, FONMAT, PROSALUD y Proyecto de Garantía de Calidad, se elaboró el formulario de la “Encuesta de Satisfacción de Usuarios”, la cual se aplicó en los 20 sub-proyectos a todos los usuarios. Un 75% de las opiniones fueron satisfactorias en su primera aplicación. Del análisis de las mismas se colige que una de las quejas relevantes fue la falta de medicamentos. En 12 Subproyectos del Programa se aplicó la encuesta de satisfacción del usuario dirigida a la madre y al niño, obteniendo mejores resultados, con un 85% de satisfacción. No obstante, la insatisfacción más sentida fue el tiempo de espera para la admisión y para la atención (“Informe general del Programa Modernización del Sector Salud”, abril 2005, p. 9-10).</p> <p>2.2. Se elaboraron 9 protocolos oficiales, todos ellos revisados por los hospitales pilotos. Se cuenta con protocolos de atención para la atención integral en el I y II nivel de atención de las 3 principales patologías materno-infantil y se dispone de un instrumento para el monitoreo de los mismos, el cual es aplicado por los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos</p>

<p>2.3. Tasa de infección hospitalaria en los 6 hospitales piloto* del Programa (PMSS) se reduce en 10% entre el 2003 y el 2004 (al momento de la evaluación de terminación del Programa).</p> <p>Nota *: Los 6 hospitales piloto son, por una parte, los 2 hospitales (Hospital Infantil La Mascota y Hospital Alemán Nicaragüense) cuyas mejoras fueron financiadas con fondos del BID, y por otra parte, otros 4 hospitales (los hospitales de Granada, Masaya, Juigalpa y Ocotal), cuyas mejoras fueron financiadas con recursos del Banco Mundial. La red hospitalaria del MINSA se encuentra conformada por 32 hospitales.</p>	<p>(CURIM). El 100% de los proveedores hospitalarios aplica al menos 3 protocolos. En el Hospital Infantil La Mascota y en el Hospital Alemán Nicaragüense se implementan 5 y 6 protocolos respectivamente. En el caso del FONMAT, los 20 proveedores (el 100%) han implementado al menos 3 de los protocolos elaborados para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales ("Informe general del Programa de Modernización del Sector Salud", abril 2005, p. 10).</p> <p>2.3. Antes de su transformación en "hospitales piloto", los hospitales no controlaban este indicador. Se realizó la definición de caso en el 2001 y se cuenta con un sistema de registro adecuado de los casos por servicios en los 6 hospitales piloto a partir del 2003. Según la Evaluación final sobre el Componente de Fortalecimiento Institucional del Programa (31 de octubre del 2004), la tasa de infección hospitalaria solamente disminuyó en 1 de los 6 hospitales piloto: en el Hospital de Granada. En el Hospital Alemán Nicaragüense, dicha tasa pasó de 1.3% en el 2001 a 2.2% en 2004, mientras en el Hospital Infantil La Mascota pasó de 5.16% en 2003 a 5.53% en 2004.</p>
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):</p> <p>2.3. En el Informe de Evaluación Final del Componente de Fortalecimiento Institucional no se brinda explicación alguna con respecto al incremento de la tasa de infección hospitalaria en los dos hospitales piloto de Managua.</p>	

<p align="center">OBJETIVO DE DESARROLLO 3</p> <p align="center">Cobertura con equidad de la provisión de servicios de salud materno-infantil ampliada</p> <p align="center">Indicadores de Efecto</p>	
<p align="center">PLANEADO</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
<p>3.1. Aumento de la tasa de parto institucional de 22% en 1998 a 40% en 2004 entre la población beneficiaria del proyecto. (Aumento de 8% en 1998 a 16% en 2004 entre la población indígena beneficiaria).</p> <p>3.2. Aumento de la tasa de cobertura de atención prenatal oportuna (durante el primer trimestre del embarazo) de 29% en 1998 hasta al menos 35% en 2004 en la población beneficiaria del Proyecto.</p>	<p>3.1. En los 20 PGs (Proveedores Gestores) donde se desarrollaron las intervenciones del FONMAT (en 48 municipios), la tasa de cobertura de parto institucional ascendió en el año 2004 al 41.1% entre la población beneficiaria del Programa (en las zonas de más difícil acceso, esta tasa fue del 40.6%). Entre la población indígena, la tasa de cobertura fue del 38%, más del doble de la tasa esperada por el Programa ("Informe General del Programa de Modernización del Sector Salud", abril 2005, p. 11).</p> <p>3.2. En los 20 PGs del FONMAT (en 48 municipios), la tasa de cobertura de atención prenatal (captada en el primer trimestre de embarazo) fue de 31.4%. De este porcentaje, el 53% provenía de las zonas de más difícil acceso (Op. cit., p. 13). En los 20 PGs del FONMAT, la tasa de mortalidad materna pasó de 46 casos en el año 2000 a 37 casos en el 2004. En otras palabras, en ese lapso de 4 años hubo una disminución relativa del 19.56% (Op. cit., Tabla 4, p. 14).</p>

3.3. Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de 1 año del 22% a 65% en la población beneficiaria al final del Proyecto.	3.3. En los 20 PGs del FONMAT (en 48 municipios), la tasa de cobertura de atención en salud a menores de 1 año (VPCD: Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo) es de 85%. De este porcentaje, el 60.4% provenía de las zonas de más difícil acceso. En los 20 PGs del FONMAT, la tasa de mortalidad infantil pasó de 461 casos en el año 2000 a 466 casos en el 2004*. En otras palabras, hubo un ligero incremento del 1.084% en el período de referencia (Op. cit., Tabla 5, p. 14).
--	--

Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):

3.2 y 3.3: Entre los factores que influyeron en la diferencia de cobertura de atención prenatal oportuna están en la coordinación, organización y deficiencias en el registro de la información por parte de las unidades involucradas. Aún cuando entre los objetivos del programa y metas no se contempló la reducción de la mortalidad materna-infantil podemos señalar que en las principales causas de muerte materna figuran las hemorragias, la hipertensión gestacional, la sepsis puerperal y el aborto. Por el lado de la mortalidad infantil, las causas principales son las originadas en el período perinatal, las diarreas y neumonías. Dada la relevancia de este tema, se reproducen aquí las series cronológicas de los casos de mortalidad materna e infantil en los 20 PGs del FONMAT, entre los años 2000 y 2004:

Mortalidad	2000	2001	2002	2003	2004
Materna	46	47	43	43	37
Infantil	461	470	559	507	466

Fuente: Op. cit., tablas 4 y 5, p. 14.

Es probable que estas dos series de datos presenten debilidades técnicas al nivel de su recolección y registro. El citado "Informe general del Programa de Modernización del Sector Salud" de abril 2005, sugiere que dentro del equipo del FONMAT no había personal especializado en esta tarea y que tampoco hubo un acompañamiento y una supervisión cercana de parte del personal del Nivel Central: "Aunque se logró mejorar el registro y análisis de las muertes infantiles y maternas, hace falta integrar un equipo de monitoreo y seguimiento en el Nivel Central que garantice la vigilancia de la mortalidad materna e infantil" (op. cit., p. 20). Es probable que estas debilidades técnicas, metodológicas y organizativas hayan afectado también la recolección y el registro de los demás datos proporcionados por el FONMAT sobre cobertura y calidad. Pero esta es una hipótesis cuya verificación empírica ameritaría una evaluación *ad hoc* por parte de personal especializado del Banco. En el marco de una nueva operación en Función de Resultados, actualmente el MINSA y el Banco están conduciendo una asistencia técnica especializada para mejorar integralmente los sistemas de información del Ministerio.

2.1.2.2. Identificación de efectos intermedios (*outcomes*) e impactos iniciales. Considerando los productos (*outputs*) logrados por el proyecto, en la medida de lo posible, identifique los efectos (*outcomes*) intermedios y los impactos iniciales logrados hasta el momento

-Un mayor involucramiento conjunto y coordinación entre las estructuras del MINSA producto de los procesos de planificación estratégica y operativa, así como del programa de garantía de la calidad.

-El SAAS permitió fortalecer y dinamizar en la práctica a los CURIM, cuya existencia había sido promulgada por la Ley de Medicamentos y Farmacia (Ley 292) y en su Reglamento respectivo (Decreto 6-99).

-El programa de gestión ambiental contribuyó a reducir el riesgo de contaminación derivado del manejo inadecuado de los desechos tóxicos en los hospitales.

-Las mejores prácticas de gestión implementadas en las experiencias de "pilotaje" (y también de "tutelaje") de los hospitales comenzaron a ser replicadas con éxito en otros hospitales del país que no fueron directamente beneficiados por el Programa.

-Una mejora en la calidad de los servicios manifiesta en las encuestas de satisfacción entre usuarios como efectos de la reingeniería de procesos y la capacitación del personal, así como la habilitación de infraestructura y la adquisición de insumos y equipos.

-La relativa disminución de las demoras en la atención y la infección nosocomial en los hospitales.

-La creación en el MINSA de una masa crítica de profesionales capaces de diseñar políticas y planes estratégicos y operativos de carácter sectorial, le ha permitido al Ministerio comenzar a ejercer su liderazgo como rector y regulador del sector de la salud.

-A pesar de los insuperables problemas de diseño e implementación que se presentaron en algunos de los sistemas de información al nivel de las unidades ejecutoras del Ministerio, los mismos han contribuido a mejorar las capacidades de planificación, monitoreo y evaluación al nivel central.

-La racionalización de los recursos humanos en el MINSA crea las condiciones para una mejor utilización de los recursos fiscales asignados al Ministerio.

-La separación de la cuenta de servicios diferenciados (público y privado) permite un ordenamiento de la información contable que antes no existía y ofrece la base para documentar el diagnóstico de eventuales distorsiones financieras.

-Se produjo una reducción relativa de la tasa de mortalidad materna en el marco del FONMAT (aunque no ocurrió lo mismo con la tasa de mortalidad infantil).

-El fortalecimiento de los Centros de Salud (protocolización de servicios, aprendizaje de nuevas prácticas por parte del personal de los Centros, etc.) en los 48 municipios donde operó el FONMAT.

-Las mejoras introducidas en la coordinación entre el nivel de atención primaria y el segundo nivel de atención, tanto por el lado de las acciones promovidas por el FONMAT como por el lado de la modernización de los hospitales (remisiones de pacientes de un Centro de Salud a un hospital o viceversa, etc.).

-Una mayor cultura del ahorro y la eficiencia en el uso de los medicamentos como efecto del mejoramiento de los sistemas de abastecimiento y distribución de los mismos.

-La implementación de la bonificación al desempeño se convirtió en un elemento de motivación para el personal de salud.

-La campaña nacional de vacunación contra la rubéola permitió vacunar a un total de 3.84 millones personas de 6-39 años en todo el país.

2.1.2.3. Identificación de los futuros efectos (*outcomes*) e impactos. Considerando los productos (*outputs*) que fueron obtenidos, identifique los futuros efectos e impactos que se espera obtener y describa de qué manera los productos contribuyen al logro de esos efectos e impactos

-La reingeniería organizacional llevada a cabo por el Programa y el marco jurídico y de políticas con el que cuenta el MINSA puede llegar a operar como un esquema que permita integrar de manera ordenada y coherente los diversos programas de cooperación externa existentes en el Ministerio.

-El marco jurídico y de políticas del sector salud ofrecen la base para el diseño de una política general de los hospitales que, hasta ahora, ha estado ausente en la visión del MINSA. Asimismo, la reingeniería organizacional del MINSA ofrece un buen punto de partida para promover el fortalecimiento de la Dirección de Hospitales, la cual puede y debe

jugar un papel protagónico en el diseño y la implementación de la citada política de hospitales.

-Parece razonable prever que el proceso de modernización hospitalaria mantendrá un grado de desarrollo desigual en los hospitales, en función de la modalidad (piloto o tutelado) con la que cada hospital participó en el Programa del Banco y tuvo acceso a los recursos y beneficios del mismo.

-Es previsible que las mejoras obtenidas en la coordinación entre el nivel de atención primaria y el segundo nivel de atención (hospitales) tiendan a consolidarse en el futuro. Y aunque el Programa del Banco no enfocó sus esfuerzos en los SILAIS, parece altamente probable que estos últimos operarán como una instancia de coordinación importante entre los citados niveles de atención.

-Los hospitales avanzan hacia la definición de una contabilidad de costos en la medida en que se ponga en marcha el módulo de costos y facturación diseñado por el Programa, acompañado por el correspondiente proceso de capacitación al personal médico y administrativo del MINSA.

-El uso transparente de los recursos financieros del Estado logra consolidarse gracias al marco normativo y a los sistemas de planificación, monitoreo y evaluación que fueron diseñados e implementados por el Programa.

-La instauración de instancias organizativas y procedimientos que aseguran el monitoreo de los indicadores y metas de calidad en la prestación de los servicios a los usuarios parece ser un logro que se mantendrá en el futuro. Es previsible que esta “cultura de la calidad” se mantenga, en medio de las limitaciones materiales y financieras que padecen los hospitales.

2.1.2.4. Análisis de los supuestos (de productos a efectos). Enumere las condiciones favorables que deben darse para lograr el propósito del proyecto y explique por qué son necesarias

-Es necesario el apoyo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) al proceso de desconcentración de la gestión financiera, la implementación del SIGFA a nivel central y la facilitación de la interfase con el módulo financiero del SIMINSA. Sin el apoyo activo y directo del MHCP, el proceso de desconcentración de la gestión financiera es prácticamente inviable.

-El presupuesto aprobado por el MINSA debe contar con los recursos necesarios y suficientes para la implementación del programa. Pero este supuesto implica, a su vez, que la economía del país crezca de tal manera que el sistema de salud pueda tener acceso a una financiación adecuada.

-Hace falta que el ambiente laboral (sindicatos de salud) brinde su respaldo a la ejecución del Programa dentro del MINSA.

-Son importantes los esfuerzos de concientización para el cambio de comportamiento de la población, especialmente de la población rural alejada, sobre el valor de las atenciones de promoción y prevención en salud. Las experiencias habidas en el país demuestran que la participación de la comunidad local en tanto beneficiaria y co-promotora de los

servicios de salud incrementa los efectos de los mismos en las zonas pobres de más difícil acceso (aunque no sea tan evidente que reduzca el costo efectividad del Programa).

-El programa de modernización global del sector público es un supuesto de fundamental importancia para alcanzar un uso eficiente de los recursos humanos y fiscales dentro del MINSA. En esta misma dirección, otro de los supuestos del Programa es la reorientación de la distribución del gasto público según las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el sector salud.

-Los riesgos ligados a la implantación de las reformas contempladas deben estar bien identificados. La mayoría de los mismos tienen medidas previstas para su mitigación, como por ejemplo la disponibilidad de recursos de comunicación social para superar el riesgo de resistencia al cambio, el financiamiento (aunque decreciente) de insumos y servicios para proteger servicios materno-infantiles y aliviar la crisis fiscal.

-Otro supuesto clave es el nivel de compromiso político de la administración con la implementación de las medidas de racionalización y transparencia en esta operación. Este supuesto se ve afectado por restricciones fiscales que afectan el presupuesto del MINSA.

2.1.2.5. Pregunta piloto No.1 – (En construcción). Opcional para operaciones con PCR due date anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Se observan inequidades en el acceso a los beneficios del proyecto por parte de subgrupos dentro de la población objetivo por razón de género, localización, origen étnico, sector rural/ urbano, nivel de ingreso u otras razones? Si esto es así, ¿a qué se deben?

→Sí, se observan inequidades en el acceso de ciertos segmentos de la población a los beneficios generados por el Programa en los hospitales. Según el “Informe final de la evaluación” del 31 de octubre de 2004 (p. 71-72), las mejoras en la calidad de los servicios hospitalarios no se han traducido en un incremento de la demanda de estos servicios por parte de la población de más bajos ingresos, **especialmente la que reside en las zonas rurales**. Este segmento poblacional aún enfrenta barreras estructurales (p.ej., **falta de recursos para cubrir los costos de transporte hasta los hospitales, los medicamentos y materiales médicos, el hacerse acompañar por otras personas durante su estadía en los hospitales, etc.**) que les impiden el acceso a los servicios públicos brindados por los hospitales del MINSA y, más todavía, a los servicios privados ofertados por los hospitales públicos.

2.1.2.6. Pregunta piloto No.2 – (En construcción). Opcional para operaciones con PCR due date anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Se produjo algún tipo de efecto adverso causado sin intención por este proyecto en la población y/o en el medio ambiente? Si esto es así, ¿qué medidas se han tomado?

→No aplica.

2.1.2.7. Pregunta piloto No.3 – (En construcción). Opcional para operaciones con PCR due date anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) Seguramente los resultados del proyecto han contribuido al logro, o bien de las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial o nacional vigente del país prestatario, o bien a los indicadores de

la actual Estrategia de País del Banco. Si esto es así, especifique a qué meta o indicador de resultados está contribuyendo el proyecto y explique de qué manera y en qué medida lo hace

El Programa del Banco mantuvo coherencia con los lineamientos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo del país (PND). En este sentido, el Préstamo 1027/SF-NI retomó las siguientes propuestas del PND:

a) “Diseñar Plan Nacional de Salud”. El Programa contribuyó a la formulación del Plan Nacional de Salud 2004-2020.

b) “Elaborar una nueva política de salud, las más recientes caducaron en el 2002”. El Programa contribuyó a la formulación de la Política Nacional de Salud 2004-20015.

c) “Impulsar en un corto plazo un enfoque sectorial en salud”. Con base en las experiencias y lecciones aprendidas, el Programa contribuyó al diseño y definición de un marco regulatorio y de políticas y estrategias de salud que permitieron al Ministerio y socios cooperantes iniciar la construcción del “Enfoque Sectorial en Salud” (ESS) A partir de ello, el Ministerio ha sido más influyente en el ordenamiento de la cooperación en salud y en el alineamiento de organismos internacionales en la mesa sectorial. Como productos de este proceso, el Ministerio y el Banco insertaron la aprobación de un Programa en Función de Resultados, se firmó un Código de Conducta entre el Gobierno y algunos socios importantes y se creó FONSALUD a través de un Memorando de Entendimiento que regula procedimientos fiduciarios y mecanismos administrativos gerenciales y de adquisiciones. Aunque el BID no firmó este último, ha estado sirviendo de marco de coordinación para la ejecución de la nueva operación.

d) “El MINSA implementará un nuevo Modelo Integrado de Salud”. El Programa contribuyó al diseño del nuevo “Modelo de Atención Integral en Salud” (MAIS), entre cuyas bondades figuran, además de la concepción holística e integradora de los diferentes protagonistas y las múltiples dimensiones de la salud, la introducción del esquema de “redes” dentro del sector y los instrumentos de gestión como los convenios y los compromisos institucionales.

d) Implementar “modalidades alternativas para la entrega de servicios en áreas alejadas”. El Programa obtuvo avances en esta dirección en el marco del FONMAT, aun cuando no hay conseguido incorporar al sector privado en la prestación de servicios.

e) “Implementar política de racionalización de recursos humanos”. Con respecto a este punto, el Programa cumplió el 100% de las metas previstas.

2.1.2.8. Pregunta piloto No.4 – (En construcción). Opcional para operaciones con PCR due date anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Hubo cambios significativos en el contexto en que se implementó el proyecto y/o en las políticas sectoriales / nacionales y/o en las estrategias de desarrollo? Si fue así, explique cómo el proyecto fue adaptado para dar respuesta a esos cambios

→ No aplica.

2.1.2.9. Recálculo de la Tasa Interna de Retorno (TIR). Si el proyecto incluyó ex ante un cálculo de la tasa de retorno esperada, ¿cuál fue la tasa de retorno esperada y cuál es la tasa de retorno real?

→ No aplica.

2.1.2.10. Recálculo de otros indicadores de evaluación económica. Si el proyecto incluyó ex ante otras estimaciones de evaluación económica (costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio), ¿cuál fue el indicador esperado y cuál es el indicador real?

→ No aplica.

2.1.2.11. Calificación de la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo (OD). Teniendo en cuenta los análisis realizados en las secciones 2.1.1. y 2.1.2., califique la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo

☐ Muy Efectivo

☒ Efectivo

☐ Poco Efectivo

☐ Inefectivo

(Explique su calificación)

→ El Programa cumplió de manera relativamente satisfactoria con la mayoría de los indicadores del Objetivo de Desarrollo. Los mayores logros relativos se obtuvieron en la creación del marco normativo y de políticas del MINSA, así como al nivel de los sistemas de gestión. Al nivel de los hospitales, el Programa introdujo ciertas mejoras en la atención de los pacientes al nivel de la ruta crítica, gracias a la introducción de nuevos instrumentos y procedimientos de gestión, la capacitación del personal, la adquisición de equipos y materiales y las remodelaciones puntuales y parciales en infraestructura física. Al nivel del FONMAT, se obtuvieron incrementos en la tasa de parto institucional, cobertura de atención prenatal oportuna y atención en salud del niño menor de 1 año, aunque la evaluación del impacto en la mortalidad materna e infantil se encuentra sujeta a una revisión de la información estadística generada por el mismo FONMAT.

2.2. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION

2.2.1. Medición del desempeño del proyecto

2.2.1.1. Elementos para monitoreo y evaluación. En una escala de 1 a 4 establezca la calidad de los siguientes elementos necesarios para medir el desempeño del proyecto:

1. Análisis de problemas	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
2. Estrategia de intervención en respuesta al(los) problema(s) identificados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
3. Identificación de efectos (<i>outcomes</i>) e impactos esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
4. Identificación de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
5. Indicadores de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
6. Indicadores de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input type="checkbox"/> N/A
7. Línea de base de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ Alta	<input checked="" type="checkbox"/> N/A

8. Línea de base de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← [] [X] [] [] → Alta [X] N/A
9. Supuestos de productos a efectos	Baja ← [] [X] [] [] → Alta [] N/A
10. Definición de responsabilidades para la recolección de información	Baja ← [X] [] [] [] → Alta [] N/A
11. Plan para la implementación del proyecto	Baja ← [] [] [X] [] → Alta [] N/A
12. Plan de Adquisiciones	Baja ← [] [X] [] [] → Alta [] N/A

2.2.1.2. Análisis de factores críticos del diseño. Considerando los elementos del diseño del proyecto evaluados en el punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (positiva y/o negativa) en la medición de su desempeño

-La redefinición conjunta (MINSA y Banco) de los objetivos y las metas originales del diseño fue uno de los factores que contribuyó positivamente a la medición del desempeño.

-La pretensión de reunir en un mismo programa una multiplicidad de esquemas de implementación muy heterogéneos, difícilmente reconciliables entre sí en tiempos simultáneos y relativamente cortos (como por ejemplo, la combinación de acciones de “piloteaje” y “tutelaje” en algunos hospitales, con acciones de carácter “universal” en todos los SILAIS y hospitales), fue probablemente el factor que más afectó negativamente la medición del desempeño.

2.2.1.3. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas para mejorar los aspectos previstos en el diseño del proyecto en relación con la medición del desempeño del proyecto

-El abandono del esquema de coordinación entre el Crédito 3084-NI del Banco Mundial y el Préstamo 1027/SF-NI del BID hizo posible que se mejorase la medición del desempeño del proyecto, así como la ejecución del Programa.

2.2.1.4. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño en el diseño de futuros proyectos

-El diseño inicial del Programa parece haber agrupado una variedad de objetivos sin tener una clara coherencia, en particular de los tiempos de ejecución necesarios. No quedó claro cómo podía haberse operativizado lo que se preveía en cuanto a proveer incentivos a la modernización gerencial e institucional mediante componentes de inversión. Al final, o se paralizaba el proyecto (porque no se cumplía con la parte de reforma), o se tenía que reconocer que sendos objetivos poseen ritmos de ejecución completamente distintos. Se desprenden de esta experiencia al menos dos lecciones.

a) Primera lección: el desarrollo institucional de una institución tan amplia y compleja como el MINSA (con más de 20,000 empleados) requiere de un enfoque muy gradual, al que podría corresponder mejor un diseño multifase, con hitos claros de avance de la reforma como condicionantes para las fases sucesivas.

b) Segunda lección: sería aconsejable la separación de los citados tipos de intervención con instrumentos distintos (por ejemplo, un programa de políticas, utilizando el potente incentivo de recursos de libre disponibilidad, tal vez acompañado, a manera de híbrido, con un claro programa de cooperación técnica; y, adicionalmente, un préstamo clásico de inversión para la actualización de la infraestructura y en préstamos de innovación para el capital semilla buscando innovaciones en la prestación de servicios). El préstamo 1027/SF-NI intentó lograr un poco de todo lo mencionado antes, bajo la modalidad tradicional de préstamo de inversión. El componente FONMAT ofrece avances significativos y mecanismos valiosos para desarrollar una operación o componente de financiamiento por resultados, disminuyendo así considerablemente los costos de transacción y posibles desincentivos institucionales que suelen asociarse con la modalidad tradicional de préstamo de inversión aplicada a servicios sociales.

2.2.1.5. Información disponible durante la implementación del proyecto. En una escala de 1 a 4 califique el grado de cumplimiento y la calidad de las siguientes tareas que deben ser realizadas por el Organismo Ejecutor para generar información necesaria para la medición de desempeño del proyecto:

1. Establecimiento de procesos y mecanismos para recolección y análisis de datos (fuente de datos, responsables, periodicidad y características de la información)	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input type="checkbox"/> N/A
2. Recolección de información de línea de base de efectos	Baja	← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
3. Recolección de información de línea de base de productos	Baja	← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
4. Recolección, análisis y reporte de información sobre recursos disponibles y actividades realizadas	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input type="checkbox"/> N/A
5. Recolección, análisis y reporte de información sobre productos generados por el proyecto y su contribución al logro de los efectos esperados	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input type="checkbox"/> N/A
6. Recolección, análisis y reporte de información sobre efectos e impactos generados por el proyecto y su contribución a las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial y nacional	Baja	← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Alta	<input type="checkbox"/> N/A

2.2.1.6. Análisis de factores críticos para medición de desempeño durante la implementación. Considerando los procesos del punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (negativa o positiva) en la medición de desempeño del proyecto durante su implementación

-Algunas de las acciones emprendidas con anterioridad al Programa, se realizaron sin tener una visión global mínima de cuál debería ser el ordenamiento de la red asistencial, el papel de los hospitales y los mecanismos de articulación de éstos con la atención primaria.

-Debido probablemente al diseño fragmentado de los componentes y de sus respectivos indicadores, la medición del desempeño también evidencia una considerable fragmentación. Esta última es claramente perceptible en los informes de evaluación final de los distintos componentes del Programa. En este sentido hizo falta un monitoreo y una evaluación global y unitaria del desempeño del Programa, considerado este último como una sola y única totalidad integrada. Uno de los resultados negativos de esta falta de coordinación interna fue el insuficiente acompañamiento y monitoreo prestado por el nivel central del Programa a los miembros del equipo FONMAT en el proceso de recolección y captura de la información estadística que permite valorar los alcances e impactos de la

atención brindada a los niños y a las madres.

2.2.1.7. Lecciones aprendidas en la implementación (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas a fin de obtener la información necesaria (en cantidad y calidad) para medir el desempeño del proyecto

-Se realizó un esfuerzo importante en la elaboración de la Línea de Base mediante la contratación de dos firmas consultoras que generaron, en ese momento, información sobre la capacidad gerencial de los hospitales y la calidad. De esta manera, el Programa contó con indicadores confiables que permitieron medir los avances logrados. Lamentablemente, en la evaluación final esa Línea de Base no ha podido ser comparada con un instrumento semejante en la actualidad. Es aconsejable que en futuros programas, el diseño incluya de manera explícita algunas precisiones mínimas con respecto a la metodología de evaluación final de los mismos.

-Entre las medidas que contribuyeron a mejorar la medición del desempeño hay que mencionar los estudios de consultoría financiados con el préstamo 1027/SF-NI, los cuales se caracterizaron, en términos generales, por ser de muy buena calidad. El Programa también se benefició de los resultados de los estudios de consultoría que fueron financiados con fondos del Crédito 3084-NI del Banco Mundial.

2.2.1.8. Lecciones aprendidas para la implementación (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño durante la implementación de futuros proyectos

-En el diseño, el marco lógico agrupa varios objetivos específicos y presenta dificultades considerables para ser utilizado como herramienta de evaluación. En futuras intervenciones debería elaborarse un marco lógico que sirva para realizar un verdadero seguimiento del proyecto.

-La inicial separación organizativa entre el Proyecto y el MINSA creó dificultades en la comunicación de los objetivos del mismo entre el personal del ministerio. Al parecer, el mensaje no fue claramente recibido y comprendido de la misma manera por parte de los destinatarios. Ciertas opiniones y valoraciones vertidas por algunos miembros del personal médico directivo del MINSA que participó en el Taller de Cierre del Proyecto (ver Acta del Taller de Cierre), parecieran revelar que en un sector de los mismos aún persiste una comprensión inadecuada de los verdaderos objetivos del Proyecto.

-Podría pensarse en la posibilidad de que en los préstamos de gran envergadura y complejidad, se introduzca una “*evaluación de tercio término*”, la cual se llevaría a cabo en la fecha en que el Programa cumpla un tercio del tiempo previsto para su ejecución. Esta evaluación se focalizaría en: a) evaluar el diseño de los indicadores y b) el grado de cumplimiento de los mismos, con el fin de proponer eventualmente una reformulación de los indicadores y de los plazos de ejecución. Hasta ahora, esta tarea la ha venido cumpliendo con amplitud y profundidad la “*evaluación de medio término*”, pero a veces lo ha hecho con un retraso relativamente considerable, lo cual implica la pérdida de un tiempo sumamente valioso. Concebida como una predecesora en el tiempo de la “*evaluación de medio término*”, la “*evaluación de tercio término*” vendría a ser una especie de “*mini-evaluación*”, en el sentido preciso de ser una evaluación menos exhaustiva que la de medio término.

-Es recomendable que personal del Banco y/o Firms consultoras especializadas en estadísticas y sistemas de información brinde una asesoría permanente en los procesos de

captura y análisis de los datos concernientes a los resultados e impactos de las acciones implementadas por los futuros programas en el área de salud, con el propósito de garantizar la calidad y fiabilidad de dichos datos (actualmente se ha considerado en la nueva operación). En esta misma dirección, el Banco debe continuar apoyando la formación y entrenamiento del personal del MINSA especializado en esta tarea.

2.2.2. Factores que afectaron la ejecución del proyecto (según ISDP/PPMR)

(Como información útil para contestar las preguntas de la sección 2.2.3. conviene revisar los factores que afectaron la ejecución del proyecto y que fueron registrados en el ISDP/PPMR).

2.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto

Factores críticos para la obtención de los productos (*outputs*)

2.2.3.1. Identificación de factores negativos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente la ejecución de los componentes del proyecto y la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

-La desarticulación y dispersión características del diseño del componente de gestión gerencial hospitalaria. Módulos cuya administración debió haber permanecido en manos de la Dirección de Hospitales (gestión financiera, recursos humanos, medicamentos e insumos médicos, etc.), fueron asignados al componente de fortalecimiento institucional. Con ello se afectó el ritmo de implementación y la coherencia de las acciones, lo cual, a su vez, impactó negativamente en la obtención oportuna de los productos esperados y en el adecuado eslabonamiento de estos últimos.

-Los problemas de coordinación y de comunicación existentes al interior del Programa y entre la UEP y las distintas instancias del MISA afectaron negativamente la obtención de los productos. Estos problemas fueron particularmente evidentes en la implementación de los módulos de capacitación, infraestructura y equipamiento.

2.2.3.2. Identificación de factores positivos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que contribuyeron positivamente a la implementación de los componentes del proyecto y a la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

-La voluntad política de la Administración actual de apoyar la ejecución del Programa fue un factor decisivo para la obtención de los productos.

-La motivación del personal del MINSA a participar en la ejecución del Programa. La bonificación al desempeño fue uno de los factores que más contribuyó a motivar al personal del Ministerio a alcanzar los productos y las metas previstas.

-Los cambios positivos de actitud de los profesionales con respecto a un nuevo modelo de gestión y la puesta en marcha de instrumentos tales como los compromisos de gestión, los acuerdos internos de gestión, la creación de comités y la implantación de registros. En la misma dirección han actuado las medidas de reingeniería de procesos llevadas a cabo como consecuencia del Programa y las medidas organizativas implementadas en las áreas correspondientes a la ruta crítica.

Factores críticos para la obtención de los efectos (*outcomes*)

2.2.3.3. Identificación de factores negativos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente el logro de los efectos (*outcomes*) del proyecto y analice por qué

-El Programa aún no ha tenido efectos positivos evidentes en la evolución de los indicadores de producción y rendimiento. La reducción que ha experimentado en el tiempo la actividad quirúrgica y de consulta en algunos hospitales no se puede explicar únicamente apelando al cierre de bloques quirúrgicos debido a las obras de remodelación o por el efecto disuasivo que tiene el precio de los medicamentos sobre la población. En bastantes ocasiones ha habido suspensiones de cirugías por falta de insumos o medicamentos y porque ha faltado una gestión eficaz de los responsables hospitalarios con base en la información que proporciona un buen sistema de monitoreo.

-Un factor negativo para la obtención de los efectos fue la desmotivación relativa que generó en el personal del MINSA la eliminación del incentivo al desempeño que, además fue mal aplicado en un contexto de bajos niveles salariales.

2.2.3.4. Identificación de factores positivos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron, en perspectiva, los principales factores que contribuyeron positivamente a la posibilidad de lograr a tiempo los efectos del proyecto (*outcomes*) y analice por qué

-El rápido grado de apropiación por parte del personal del MINSA de los nuevos instrumentos y procedimientos de gestión (compromisos, acuerdos, etc.).

-Inicialmente al menos, la introducción de la bonificación al desempeño se convirtió en un importante elemento de motivación al rendimiento entre el personal del ministerio.

-Aunque fuesen parciales y limitadas, las mejoras introducidas al nivel de adquisición de materiales, equipos y mejoras en la infraestructura también se convirtieron, en la época en las que fueron ejecutadas, en importantes elementos de motivación para elevar el rendimiento del personal del MINSA y su grado de compromiso con el Programa.

-La voluntad del gobierno central y de la dirección superior del MINSA para superar los retrasos y los obstáculos que se presentaron al comienzo de la ejecución del proyecto.

2.2.4. Análisis de gestión y lecciones aprendidas

2.2.4.1. Análisis de gestión (medidas adoptadas). Identifique y analice la efectividad de las medidas adoptadas para resolver los problemas y aprovechar las oportunidades relacionadas con el análisis de factores críticos y explique cómo fueron llevadas a la práctica

-Una medida que permitió la superación de los retrasos en la ejecución del Programa consistió en la reformulación de los indicadores iniciales de la matriz del marco lógico. La formulación original de la mayoría de estos indicadores, especialmente al nivel de los Componentes del programa, era demasiado ambiciosa. Su reformulación, con un espíritu más pragmático y realista, hizo posible que el Programa pudiese cumplir satisfactoriamente con la mayoría de las nuevas metas.

-Uno de los mayores logros del Programa consistió en la creación de un marco global

político y normativo explícito que vino a ordenar el sector de la salud en el país. Este marco no existía antes de la puesta en marcha del Programa.

-La introducción de los instrumentos de gestión fue también otro de los grandes logros directamente imputables al Programa. Entre estos instrumentos, que fueron retomados por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), pueden mencionarse:

a) *El Cuadro de Mando*: es una herramienta de control que constituye la base del sistema de monitoreo que el nivel central ejerce sobre los hospitales, con el propósito de retroalimentarlos. Utiliza información sistemática sobre aspectos contables (costos), estadísticos y de calidad, a los cuales convierte en indicadores de gestión para el control y la toma de decisiones gerenciales. En los hospitales, su soporte informático debió haber sido, en teoría, el SIMINSA, pero este no funcionó como estaba previsto.

b) *El Plan Estratégico*: tiene su punto de partida en una identificación de problemas realizada con el método FODA y un subsiguiente desarrollo de líneas estratégicas. Puede y debe ser mejorado en lo concerniente a la formulación de sus componentes estratégicos.

c) *El Programa de mejora continua de la calidad*: contiene estándares de calidad y objetivos para desarrollar en un área determinada. La práctica parece indicar que la calidad de estos programas es variable de unas áreas de servicios a otras.

d) *El Compromiso de Gestión*: es un acuerdo que se establece entre el nivel central del MINSA y la dirección de los hospitales. En él se definen metas numéricas o de actividad y su evaluación está a cargo del CODEL (Comité para la Evaluación del Desempeño Local). Parece ser el instrumento mejor elaborado de todos y el que tiene mayor utilidad práctica.

e) *El Acuerdo Interno de Gestión*: es un compromiso contractual entre la dirección del hospital y los profesionales de cada servicio. En él se reflejan el objetivo, la meta, las actividades, el indicador, el período de ejecución y el responsable. En la práctica funciona como un plan operativo para cada servicio que permite controlar la actividad que el servicio se compromete a realizar en un período determinado, los indicadores y el responsable.

-La introducción de los protocolos de actuación también se tradujo en una importante mejora en la gestión y la calidad de los servicios. Su implantación hace posible la participación de los profesionales en la gestión, ya que son éstos quienes los elaboran y quienes programan los insumos, conociendo el costo de su prescripción y la importancia del uso racional de los mismos.

-La instauración de un sistema de quejas y reclamos en los hospitales, así como las encuestas de satisfacción aplicadas a los pacientes introdujo mejoras en la calidad de la atención brindada a los usuarios.

-El Programa sentó las bases iniciales de lo que hoy es el Enfoque Sectorial de Salud (ESS), el cual otorga un marco adecuado para la coordinación entre la cooperación internacional y las acciones gubernamentales en el campo de la salud.

-En el área de presupuesto y contabilidad, el MINSA aún no cuenta con un sistema integrado de gestión financiera. Esta carencia constituye uno de los desafíos pendientes en el proceso de modernización de la gestión financiera del ministerio. Tema que ha sido recogido por la nueva operación del Banco.

-El Programa no consiguió introducir cambios sustantivos en los criterios y mecanismos históricos para la asignación de los recursos financieros del tesoro a los hospitales. Esta

situación no estimula el potencial del compromiso de la gestión hospitalaria con el proceso de modernización del sector salud. En tal sentido, queda como una tarea aún pendiente del Programa la transferencia efectiva de riesgos que incluya la sustitución paulatina del presupuesto histórico por un presupuesto por producción (en la atención de segundo y tercer nivel) o per capita (en la atención del primer nivel).

-El mantenimiento de los equipos es uno de los aspectos básicos para garantizar la capacidad de resolución de los hospitales. Estos últimos confeccionaron un plan de mantenimiento preventivo como consecuencia del Programa, pero el mismo no ha podido ejecutarse por falta de presupuesto. Esta es una de las áreas de apoyo que debería ser fortalecida a la mayor brevedad posible.

-Deben proseguirse los esfuerzos tendientes a establecer un sistema de monitoreo eficaz que facilite al MINSA el cumplimiento de su papel de comprador de servicios. El Cuadro de Mando representa una base sobre la cual debe edificarse el sistema de control y seguimiento.

-Según el Modelo de Gestión para Hospitales de la Red Pública de abril de 2004, se ha mejorado la infraestructura y el equipamiento hospitalario, pero no se ha podido cubrir la brecha de necesidades. No se han obtenido los resultados esperados de costo-efectividad, aunque estos podrían ser mejorados si se basaran en estudios médico-funcionales previos.

-Existe un estudio denominado “Ordenamiento de la red hospitalaria de Managua: escenario y plan de acción 2004”. Este último contiene un buen plan para la red hospitalaria de la ciudad de la capital, pero el mismo no ha sido implementado. Éste es otro de los retos pendientes del proceso de modernización del MINSA. Actualmente, el Banco está formulando una operación en el marco de apoyo a red con énfasis en hospitales.

2.2.4.2. Lecciones aprendidas sobre gestión de proyectos (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta la efectividad de las medidas adoptadas mencionadas en el análisis de gestión, describa en forma concreta qué medidas alternativas recomienda para enfrentar los problemas que puedan surgir durante la implementación de futuros proyectos similares a este.

-La fallida experiencia de coordinación entre el BID y el Banco Mundial para la implementación de un esquema de ejecución conjunta de sus proyectos en el sector salud, arroja algunas lecciones para la cooperación multilateral en países como Nicaragua:

a) Lo ideal es que estos esfuerzos de coordinación se implementen cuando el organismo ejecutor disponga de un marco institucional, políticas y estrategias en las que se encuentren claramente definidos los mecanismos y procedimientos para una adecuada coordinación de la cooperación multilateral. En la actualidad, la existencia del Enfoque Sectorial de Salud (ESS) ofrece este marco institucional adecuado para la coordinación entre los organismos multilaterales. Lamentablemente, en la fecha en que comenzó a implementarse la coordinación conjunta entre el Banco Mundial y el BID, en el MINSA no existía nada semejante al ESS.

b) Cuando el organismo ejecutor aún no disponga de un marco institucional semejante al del ESS, lo más aconsejable es que las agencias de cooperación multilateral procedan a homologar sus respectivos programas de cooperación (al nivel de metas, plazos, procedimientos, etc.), antes de la implementación de algún esquema de coordinación y ejecución conjunta. Adicionalmente, sería deseable que este esquema sea concebido como parte de una “experiencia piloto” especial que cuente con un seguimiento y un

acompañamiento técnico igualmente especial por parte de las agencias que promueven su implementación.

c) Los esfuerzos de coordinación y ejecución conjunta entre las instituciones multilaterales deben confiarse a equipos nacionales que posean un probado nivel de *expertise* en la gestión de proyectos de considerable envergadura y complejidad técnica. Ambas instituciones financieras ignoraron y tendieron a subestimar las limitaciones en cuanto a capacidades técnicas y la experiencia de los miembros de la UEP*.

-A pesar de que el Programa tenía como a uno de sus principales beneficiarios al sector hospitalario, el esquema de organización y dirección no le otorgó la suficiente participación a la Dirección de Hospitales en la conducción del Programa. El citado esquema no permitió superar la relativamente poca comunicación y la falta de articulación existente entre la instancia administrativa-financiera del Programa y la Dirección de Hospitales. Para futuros programas similares a éste, sería deseable que la Dirección de Hospitales tenga una participación directa en los procesos de consulta, socialización de información y toma de decisión sobre los distintos aspectos (técnicos, administrativos, financieros, etc.) que tendrán una incidencia en los diferentes hospitales administrados por aquella dirección.

Calificación de la implementación del proyecto (IP)

2.2.4.3. Calificación de la implementación del proyecto. Califique la implementación del proyecto con base en el análisis de gestión anterior y en los productos (*outputs*) obtenidos en la cantidad y con la calidad esperada, en tiempo razonable y a costos razonables

☐ Muy Satisfactorio (MS)

☒ Satisfactorio (S)

☐ Insatisfactorio (I)

☐ Muy Insatisfactorio (MI)

(Explique su calificación)

→ Los dos grandes resultados del Programa fueron la creación de un marco global normativo para el sector salud y la introducción de nuevos instrumentos y procedimientos de gestión en el MINSA. Aunque en un orden de importancia menor a los dos anteriores, otro de los resultados que deben ser directamente imputables al Programa son las mejoras introducidas al nivel de los materiales, equipos e infraestructura hospitalaria. Pero al par del reconocimiento de estos logros, la calificación del Programa también debe tomar en cuenta los problemas que se presentaron al nivel del diseño, la coordinación, la comunicación, los sistemas informáticos y, en general, los sistemas de monitoreo y seguimiento.

2.3. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD

2.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional (FIO)

2.3.1.1. Areas fortalecidas o mejoradas por el proyecto. Identifique las áreas institucionales / organizacionales fortalecidas o mejoradas por el proyecto, directa o indirectamente, e indique el nivel de su influencia (nacional, regional, local)

* Ver la evaluación que hace de la UEP el "Informe de evaluación de medio término", marzo 2002, p. 79.

Area Institucional / Organizacional	Si	No	N/A	Nivel		
				Nacional	Regional	Local
1. Marco legal y regulatorio	[X]	[]	[]	[X]	[]	[]
2. Procedimientos, manuales, guías operacionales	[X]	[]	[]	[X]	[]	[]
3. Capacidad						
3.1. Capacidad de la alta gerencia	[X]	[]	[]	[]	[X]	[X]
3.2. Capacidad de la mediana gerencia	[X]	[]	[]	[]	[]	[X]
3.3. Capacidad de sistemas de información	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
3.4. Medición del desempeño (capacidad de M&E)	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
3.5. Servicio al cliente	[X]	[]	[]	[X]	[]	[X]
4. Estructura funcional y organizacional	[X]	[]	[]	[]	[]	[X]
5. Planeación	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
6. Presupuestación / gestión financiera	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
7. Coordinación Intra- / Inter-sectorial	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
8. Coordinación Intra - / Inter-organizacional	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
9. Personal / desarrollo de recursos humanos	[X]	[]	[]	[X]	[X]	[X]
10. Adquisiciones	[]	[X]	[]	[]	[]	[]
11. Auto-evaluación, auditoria & rendición de cuentas	[]	[X]	[]	[]	[]	[]

2.3.1.2. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el país. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el país

- Fortalecimiento de la capacidad normativa, rectora y reguladora del MINSA en el sector de la salud al nivel nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad de programación presupuestaria al nivel regional (SILAIS) y local (hospitales y centros de salud municipales).
- Fortalecimiento de la capacidad gerencial de los hospitales y los proveedores gestores.

2.3.1.3. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el Organismo Ejecutor. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el Organismo Ejecutor. Describa la situación antes-después del proyecto

- Antes de la ejecución del Programa, el MINSA carecía de un marco regulatorio y de políticas. También carecía del capital humano necesario para formularlo y para ejercer su liderazgo como ente rector y regulador del sector salud en el país. El Programa permitió la formulación de este marco y la institucionalización de los procedimientos para reajustarlos y actualizarlos en la medida en que esto sea necesario.

-Durante su ejecución, el Programa logró atraer a un conjunto de profesionales competentes que, posteriormente, han pasado a formar parte de la planilla permanente del MINSA. La experiencia y los conocimientos técnicos de estos profesionales garantizan la continuidad, dentro del Ministerio, de las buenas prácticas que fueron generadas en el marco del Programa.

2.3.1.4. Calificación de la contribución del proyecto al FIO

☐ Muy Relevante (MR)

☒ Relevante (R)

☐ Poco Relevante (PR)

☐ Irrelevante (I)

(Explique su calificación)

→ El Programa contribuyó de manera relevante a institucionalizar en el MINSA y, más globalmente, en el sector salud, un conjunto de esquemas normativos, políticas, leyes, reglamentos, instrumentos y procedimientos de gestión. **Al nivel del fortalecimiento institucional global, los aportes más importantes y visibles del Programa fueron la Política Nacional de Salud 2004-2015; el Plan Nacional de Salud 2004-2020; el Plan Quinquenal de Salud 2005-2009; la Ley General de Salud (Ley N° 423) y su Reglamento (Decreto 1-2003); el Enfoque Sectorial de Salud (ESS); y el Modelo de Atención Integral de Servicios de Salud (MAIS).**

2.3.2. Sostenibilidad del proyecto

2.3.2.1. Alcance de la sostenibilidad del proyecto. En consulta con las autoridades del Organismo Ejecutor, defina qué acciones, servicios y/o productos deberían seguir siendo sostenibles, y durante cuánto tiempo, a fin de asegurar la sostenibilidad de los efectos y futuros impactos esperados del proyecto

-El MINSA considera que es necesario continuar con el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud más allá de la ruta crítica, la contratación de proveedores institucionales y no institucionales, el fortalecimiento de la gerencia de las unidades de salud (y su articulación en redes de servicios) y la acción comunitaria acompañada con la comunicación para la salud, con el propósito de fortalecer la prevención en el sistema de salud.

2.3.2.2. Bases para el análisis de sostenibilidad. En una escala de 1 a 4 estime la probabilidad de que durante el año siguiente a la terminación del proyecto (y del financiamiento del Banco) existan los siguientes arreglos y recursos institucionales y organizacionales en el país, necesarios para mantener las acciones, servicios, productos, efectos y futuros impactos iniciados por el proyecto y definidos en 2.3.2.1.

Arreglos institucionales / organizacionales y recursos	Probabilidad
1. Apoyo de la alta gerencia en la Agencia Ejecutora	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
2. Marco político, legal y regulatorio	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
3. Preparativos y capacidad organizacional	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
4. Coordinación inter-organizacional	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
5. Disponibilidad de recursos financieros	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
6. Personal idóneo	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A

7. Recursos para mantenimiento de la infraestructura física	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> [] [] [] [] → Alta [] N/A
8. Apoyo de los beneficiarios del proyecto	Baja ← [] [] [] <input checked="" type="checkbox"/> [] → Alta [] N/A
9. Apoyo del gobierno nacional	Baja ← [] [] [] [] <input checked="" type="checkbox"/> → Alta [] N/A

2.3.2.3. Análisis de causas de raíz que afectan negativamente la sostenibilidad. Con base en el punto anterior, y considerando los posibles factores que puedan afectar la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 2.3.2.1 pueden no ser sostenibles, y explique por qué

-Entre las causas que afectan negativamente la sostenibilidad debe mencionarse la falta de sostenimiento de aquellas partidas económicas del Programa para los que no existe financiamiento habitual en el presupuesto de los hospitales, como por ejemplo, el plan de desechos, compra de medicamentos, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, actualización de los programas informáticos y las computadoras, cantidad de enfermeras en los hospitales, mantenimiento de las infraestructuras físicas, etc. Las evidencias empíricas revelan que existe una relación entre el nivel presupuestario de cada hospital con la calidad de sus resultados. En este sentido merece la pena destacar que el hospital que presenta mejores resultados, el Hospital Alemán Nicaragüense, tiene un presupuesto cuatro veces superior al hospital de Ocotal, el cual es el hospital que presenta los peores valores en casi todos los indicadores básicos (mortalidad materna, neonatal, infantil, etc.) y el que posee también el presupuesto más bajo de todos los hospitales piloto (Cfr. *Informe Final de Evaluación*, 31 de octubre del 2004, p. 32 y 72). Adicionalmente, la falta de insumos y medicamentos en los hospitales se ha traducido en la reducción, a lo largo del tiempo, de la cantidad de cirugías y de consultas en los mismos hospitales (Ibid., p. 72).

-La sostenibilidad se ve afectada negativamente por la alta rotación de recursos humanos existente en el MINSA. Los informes de evaluación del Programa coinciden en señalar de manera insistente que existe una importante emigración del personal médico y de enfermería en el MINSA en busca de mejores salarios o ingresos. Una consideración distinta merece la remoción de los funcionarios directivos (cargos de confianza) por causas netamente políticas. Bajo ambas modalidades, la emigración de personal provoca la pérdida de los recursos financieros invertidos en capacitación y la pérdida de la experiencia acumulada en los médicos y enfermeras que abandonan este ministerio.

2.3.2.4. Análisis de causas de raíz que contribuyen favorablemente a la sostenibilidad. Con base en los previos análisis y considerando los posibles factores que puedan contribuir a la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 2.3.2.1. pueden ser sostenibles, y explique por qué

-El MINSA dispone de un marco normativo y de políticas propio que le permite ordenar y orientar adecuadamente las acciones en el sector salud.

-Parece existir la voluntad del gobierno central de continuar apoyando la modernización del sector salud.

-La cooperación externa ha manifestado su voluntad de continuar apoyando financieramente al MINSA.

-La existencia del Enfoque Sectorial de Salud (ESS) proporciona un marco adecuado para la gestión, canalización, seguimiento y evaluación del uso de los recursos nacionales y

externos, en función del cumplimiento de los indicadores de resultados establecidos en las políticas, planes y programas de salud. En los últimos tres años ha habido importantes avances al nivel de ESS: creación de mesas sectoriales por acuerdo presidencial y creación del Fondo para el desarrollo del enfoque sectorial en salud (año 2003); firma del Código de Conducta y firma también del Memorando de Entendimiento (año 2005); armonización y alineamiento en función de la implementación del Plan Nacional de Salud 2005-2009, y creación de la mesa global de donantes para dar seguimiento al cumplimiento de las metas del mismo Plan (año 2006). Debe señalarse, sin embargo, que el ESS no contribuye por sí mismo a equilibrar inversiones entre el sector salud y otros sectores, o a aumentar los recursos financieros destinados a salud. De ahí que deba existir un compromiso del gobierno en tal sentido, particularmente en lo concerniente a los gastos de mantenimiento en materiales, equipamiento e infraestructura, sin sacrificar los indispensables balances del presupuesto fiscal.

2.3.2.5. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas adoptadas). Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas adoptadas en su diseño y/o su implementación que fueron eficaces para mejorar la sostenibilidad del proyecto y explique cómo se llevaron a la práctica

-La redefinición de los indicadores de efectos y productos previstos originalmente en el Marco Lógico hizo posible que el Programa recuperase su viabilidad y sostenibilidad.

-La transferencia del personal de la UCP a las unidades de línea del MINSA. La permanencia dentro del Ministerio de este conjunto de profesionales que lleva consigo los conocimientos y la experiencia del Programa asegura la futura sostenibilidad de este último.

3.3.2.6. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas alternativas). A partir de su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas alternativas que recomienda tener en cuenta durante el diseño y/o la implementación para mejorar la sostenibilidad de futuros proyectos

-Al nivel del diseño, debe otorgarse un especial cuidado a la integración coherente y flexible de todos los efectos, productos y componentes de un Programa. De lo contrario, el Programa corre el riesgo de convertirse en un conjunto fragmentado y rígido de compartimentos estancos, que tiende a crear distorsiones y tensiones en el seno de la institución que lo acoge, poniendo en riesgo la misma ejecución del Programa.

-La figura del “agente de cambio” como asistente técnico de los directores de hospitales, fue un gran acierto. Dada la escasa o nula formación en gestión que suele tener la mayoría de los directores de hospitales y dada también la rotación de los mismos, la permanencia de la figura del agente de cambio puede asegurar la preservación y la capitalización de las mejores prácticas y los contactos institucionales resultantes del Programa, asegurando así la sostenibilidad de las acciones y resultados obtenidos.

-Debe retomarse el tema de la articulación entre la oferta de servicios públicos y la oferta de servicios privados (empresas previsionales) en los hospitales. En las consultorías de evaluación final del Programa se recoge la queja de que los servicios privados se han desarrollado a expensas de los servicios públicos. Aunque parece obvio que este es un punto estratégico para la sostenibilidad de los hospitales, su incorporación en la agenda del MINSA pareciera haber sido postergada.

-La experiencia del Programa reveló que las mejoras introducidas en el eslabonamiento entre los centros de salud y los hospitales (p.ej., referencias y contrarreferencias, protocolización, etc.) incrementa la calidad de los servicios prestados al nivel local. Con base en esta experiencia parece razonable recomendar que estas mejoras sean consolidadas y ampliadas mediante futuras iniciativas del Banco que beneficien simultáneamente a los centros de salud y a los hospitales.

-Como una forma de evitar la emigración del personal del MINSA, este ministerio y el gobierno central deben pensar en la posibilidad de reintroducir el esquema de incentivos laborales monetarios con base en resultados y cumplimiento de metas por parte del personal médico y de enfermería. En la actualidad, la existencia de los diferentes instrumentos de gestión instaurados por el Programa constituye un marco adecuado para la reintroducción de tales incentivos.

-El esquema de compra de servicios médicos a proveedores privados en comunidades rurales alejadas incrementa los costos y crea la paradoja de la subcontratación privada de las entidades públicas cuando el grado de desarrollo del mercado de proveedores privados es completamente inexistente o demasiado incipiente en las zonas rurales alejadas de más difícil acceso. Se recomienda la realización de un estudio comparativo de los costos de los servicios médicos ofertados por el MINSA y por el sector privado en las zonas rurales.

2.3.2.7. Plan de Sostenibilidad. Teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa las acciones concretas que el País Prestatario y/o el Banco deberían realizar durante el próximo año para asegurar la sostenibilidad de los futuros impactos, efectos, productos, acciones y/o servicios identificados en 2.3.2.1.

-Revisar y apoyar las acciones del Gobierno en la lucha contra la pobreza, con el propósito de eliminar o reducir las barreras que impiden el acceso de la población más pobre a los servicios de salud (puesto que la ejecución del Programa demostró que las mejoras en la calidad de la gestión y el equipamiento físico de los hospitales no se traduce automáticamente en el acceso de los pobres a los servicios hospitalarios).

-Diseñar una política global hacia el sector hospitalario del país, retomando el tema de la descentralización y autogestión de los hospitales. En estos dos últimos temas, que aparecen explícitamente formulados en el diseño, el Programa obtuvo resultados bastante modestos.

-Acordar la liberación de recursos que permitan replicar en el resto de los hospitales del país las lecciones aprendidas (mejores prácticas, productos, etc.) de las experiencias de “pilotaje” y “tutelaje” que se llevaron a cabo en los hospitales beneficiados por el Programa.

-Dar los pasos tendientes hacia la institucionalización del FONMAT.

-Identificar y superar mediante la promoción de un plan *ad hoc* las deficiencias que se presentaron en el diseño o en la implementación de los sistemas automatizados de información en el marco del Préstamo 1027/SF-NI.

-Continuar apoyando la capacitación técnica del personal del MINSA y las campañas de comunicación social y educación a la comunidad.

-Sin sacrificar la disciplina fiscal, el Gobierno deberá asegurar las partidas presupuestarias que permitan garantizar efectivamente los logros obtenidos con la ejecución del Programa.

En tal sentido, debe mencionarse como un componente clave del plan de sostenibilidad la responsabilidad del gobierno de asegurar las partidas necesarias destinadas al mantenimiento de la infraestructura. En el marco de las nuevas operaciones de Salud del Banco, incluyendo una de Desarrollo de Redes que está en preparación, el Gobierno ya incluye en el presupuesto de Salud un rubro para el mantenimiento de obras de infraestructura.

2.3.2.8. Calificación de la sostenibilidad del proyecto. Con base en los análisis previos y las perspectivas del Plan de Sostenibilidad, califique la probabilidad de que el proyecto sea sostenible durante los próximos tres (3) años:

☐ Muy Probable (MP)

☒ Probable (P)

☐ Poco Probable (PP)

☐ Improbable (I)

(Explique su calificación)

→ Hay tres factores que pueden atentar contra la futura sostenibilidad de los resultados del Programa: la alta rotación de personal en el MINSA, las limitaciones presupuestarias del gobierno central para incrementar la partida de recursos financieros asignadas a salud (en un país cuya población crece a una tasa anual que figura entre las más altas de Latinoamérica) y la relativa incertidumbre política asociada a un eventual cambio de Administración (enero del 2007) resultante de las próximas elecciones presidenciales (noviembre del 2006). **En cambio, los resultados del Programa al nivel del marco regulatorio y normativo global del sector salud, así como al nivel de las mejoras en los mecanismos institucionales de gestión, representan, junto con la concertación de los esfuerzos de la cooperación internacional dentro del esquema del Enfoque Sectorial de Salud (ESS), factores favorables para la sostenibilidad de futuras iniciativas.**

2.4. DESEMPEÑO DEL EJECUTOR

2.4.1. Desempeño del Organismo Ejecutor en áreas críticas. Evalúe el desempeño del Organismo Ejecutor (incluyendo co-ejecutores y la Unidad Coordinadora / Ejecutora del proyecto) en las siguientes áreas:

1. Participación y calidad de sus contribuciones durante el diseño del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
2. Organización de la Unidad Coordinadora / Ejecutora del proyecto (personal, infraestructura, coordinación, comunicación, etc.)	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
3. Coordinación e integración de la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto con el Organismo Ejecutor	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
4. Monitoreo y evaluación de resultados (línea de base, sistemas, procedimientos, recolección, análisis y reporte de información, etc.)	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
5. Capacidad gerencial y proceso de toma de decisiones de la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
6. Cumplimiento oportuno de políticas, procedimientos del Banco y cláusulas contractuales	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
7. Gerencia financiera (disponibilidad de recursos de contrapartida, desembolsos, calidad de los EFAs, etc.)	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
8. Oportunidad y eficiencia en la adquisición de obras, bienes y servicios de consultoría	Baja ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
9. Liderazgo de la alta gerencia del Organismo Ejecutor, sentido de propiedad y apoyo a la ejecución del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A

2.4.2. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas adoptadas). A partir de su experiencia en este proyecto, identifique qué medidas adoptadas respecto a la estructura, organización y procesos en la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto, así como los perfiles de su personal resultaron eficaces y explique cómo fueron llevadas a la práctica.

-El modelo de una UEP separada e independiente de las instancias de línea del MINSA crea obstáculos para una adecuada coordinación y comunicación entre ambas partes. Afortunadamente, desde la evaluación de medio término, se acordó con el MINSA regresar al esquema previsto contractualmente, el cual coloca a la línea del Ministerio al mando del Programa. Este traslado de la conducción del Programa hacia la línea, se implantó de manera gradual, enfrentando resistencias desde la estructura anterior de UCP, así como limitaciones en la identificación de un número suficiente de recursos capacitados con disponibilidad de tiempo y con cualidades de liderazgo. No obstante, el traspaso gradual se vio acompañado por una notable identificación de la institución ejecutora con el Programa y viceversa.

2.4.3. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas alternativas). Con base en su experiencia durante la implementación de este proyecto, si en un futuro proyecto tuviera la posibilidad de rediseñar la estructura, organización y procesos en la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto, así como los perfiles de su personal, que medidas alternativas recomendaría para mejorar su desempeño.

-La decisión de adoptar un esquema de ejecución con una Unidad de Coordinación de Programa (enero de 1999, misión de arranque) para este Programa esencialmente de reforma, por loable que haya sido la intención de maximizar la coordinación con un programa hermano financiado por el Banco Mundial, resultó contraproducente en cuanto a fomentar el desarrollo institucional y sólo agudizó la tensión identificada entre los tiempos requeridos para inversiones físicas y los propios de la reforma institucional.

2.4.4. Calificación del desempeño del Organismo Ejecutor. Con base en el análisis de desempeño realizado en esta sección, en los resultados logrados, así como en la eficiencia en la implementación del proyecto califique el desempeño del Organismo Ejecutor:

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☐ Satisfactorio (S) ☒ Insatisfactorio (I) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

(Explique su calificación)

→ El Ministerio de Salud en medio de sus deficiencias y limitaciones respaldó decididamente la ejecución del proyecto aunque no hay indicaciones que se haya apropiado del mismo totalmente. Sin embargo, los productos como el marco normativo y sus estrategias y modelos de gestión muestran la utilidad que del proyecto ha obtenido el Ministerio y su voluntad política de adoptarlos y progresar en esa dirección.

→ La UEP careció de la suficiente capacidad técnica y gerencial para asumir de manera eficiente la gestión y las complejas tareas de coordinación del Préstamo 1027/SF-NI. Hubo, además, dos circunstancias externas que entorpecieron el ejercicio de sus funciones. Una de éstas consistió en las dificultades derivadas del esquema de coordinación conjunta entre el Préstamo 1027/SF-NI y el Crédito 3084-NI del Banco Mundial. La otra circunstancia adversa fue su condición como una UEP separada y relativamente autónoma con respecto al MINSA, lo cual obstaculizó la coordinación y comunicación entre ella y el ministerio. Esta es la razón por la cual el Préstamo en Función de Resultado y una operación dirigida al

desarrollo de las Redes de Salud que está en preparación, están trabajando con la institucionalidad del MINSA representada por sus direcciones de línea y no con una UCP paralela a las estructuras del Ministerio.

2.5. BASES PARA LA EVALUACION EX POST

2.5.1. Previsiones para la evaluación ex-post. Si esta operación, de acuerdo con el Contrato de Préstamo, requiere una evaluación ex-post, proporcione la siguiente información sobre las previsiones tomadas (revisar acuerdos entre el Banco, Prestatario y Ejecutor en la Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto):

- | | |
|--|--|
| 1. ¿El Contrato de Préstamo requiere una evaluación ex-post para esta operación? | <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| 2. ¿Para qué fecha está programada? | Fecha comienzo: DD MM AA
Fecha terminación: DD MM AA |
| 3. ¿Quién es el responsable de realizar la evaluación ex-post? | <input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Prestatario |
| 4. ¿Cuánto es el costo estimado? | USD\$ |
| 5. ¿Cuál es la fuente de los recursos financieros para la evaluación ex post? | <input type="checkbox"/> Recursos de préstamo BID
<input type="checkbox"/> Recursos del Prestatario
<input type="checkbox"/> Otra Fuente |
- Si los recursos provienen de otra fuente, especifique cuál:

2.5.2. Análisis de capacidad para la evaluación ex-post. Analice la capacidad del Organismo Ejecutor, así como su infraestructura y procesos de información para recolectar, analizar y reportar la información sobre el logro de los futuros efectos e impactos del proyecto, y los principales factores que puedan facilitar u obstaculizar esta evaluación

→ El Banco y el organismo ejecutor no acordaron una evaluación ex-post del Programa.

2.6. OTRAS LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

En forma adicional a las lecciones aprendidas ya registradas en las secciones anteriores de este reporte, a continuación puede registrar otras lecciones aprendidas y recomendaciones que puedan ser útiles para el diseño y/o la implementación de nuevos proyectos:

→ No aplica.

Anexos 1A y 1B Financiamiento del Proyecto

Anexo 1-A Fuente de Financiamiento (Montos en millones de USD\$)

Categoría de Inversión	Original				Actual				Brecha como % del Original			
	BID	Prestatario	Otra Fuente	Total	BID	Prestatario	Otra Fuente	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Gestión Hosp. y mejora. infraestruct.	14,160,327.91	1,798,900.00		15,959,227.91	13,683,105.32	762,224		14,445,329.32	96.6	42.4		90.5
Fortalecim. capacidad MINSA	13,513,685.13	1,522,800.00		15,036,485.13	13,492,186.83	822,311		14,314,497.83	99.8	54.0		95.2
Fondo Maternidad e Infancia seguras	7,441,925.65	1,629,700.00		9,071,625.65	7,372,185.82	2,702,056		10,074,241.82	99.1	165.8		111.1
Apoyo al Fondo Social Suplementario	11,293,256.48	88,600.00*/		11,381,856.48	11,127,381.37	714,015		11,841,396.37	98.5	805.9		104.0
Administración	378,868.85	0.00		378,868.85	378,868.85	948,804		1,327,672.85	100.0	--		350.4
Costos financieros e intereses	1,811,935.98	267,000		2,078,935.98	2,216,668.81**/	59,535		2,276,203.81	122.3	22.3		109.5
TOTAL	48,599,999.00	5,307,000		53,907,000.00	46,053,723.19.00	6,008,939		54,279,342.00	99.3	113.2		90.5

*/: En el Contrato de Préstamo, este monto no fue incluido en la suma total de los aportes del Prestatario. Cuando se excluye el monto indicado, el aporte total del Prestatario ya no asciende a US\$ 5,307,000 (ver aquí el Total de la segunda columna), sino que se reduce a US\$ 5,218,400 (ver Contrato de Préstamo, Anexo A, p. 4).

**/: Este monto incluye US\$ 734,335.83 correspondientes al Fondo Revolvente.

Anexo 1- B
Calendario de Inversiones
(Montos en millones de US\$)

Años	Original				Actual				Brecha
	BID*	Prestatario**	Otros	Total	BID	Prestatario***	Otros	Total	(8)- (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1999					2,038,000.00				
2000					1,071,727.84				
2001					5,771,559.78				
2002					9,592,242.50				
2003					10,322,972.76				
2004					15,016,585.46				
2005					4,457,308.66				
TOTAL	48,600,000	5,307,000		53,907,000.0	48,270,397.00	0.00		54,279,342.0	

* El Contrato de Préstamo no especificó un calendario de inversiones del Proyecto.

** La misma observación aplica para el prestatario.

*** El Informe de Auditoría final de la firma KMG Peat Marwick Nicaragua S.A., del 02-05-2006, no incluye información alguna sobre las inversiones hechas con fondos del Prestatario.

Anexo 1- C
Información Financiera y Estados Financieros Auditados
(Para ser completado por el Especialista Financiero)

1. Capacidad del Organismo Ejecutor. Evalúe en términos generales la capacidad del Organismo Ejecutor para administrar los recursos del proyecto en forma eficiente y transparente (sistemas de información, procedimientos, capacidad del personal, etc).

-El organismo ejecutor administró los recursos en forma adecuada.

2. Sistema Contable y Control Interno. Evalúe la eficacia de los sistemas contable y de control interno que utilizó el Organismo Ejecutor durante la implementación del proyecto para producir información financiera confiable y en forma oportuna.

-Los auditores expresan que observaron algunas salvedades en Control Interno. Sin embargo, consideran que ninguna de ellas debe ser considerada como una deficiencia significativa.

3. Calidad de la información financiera. Evalúe la calidad de la información financiera que el Organismo Ejecutor presentó al Banco durante la implementación del proyecto (Informes de Progreso, Informe de Fondo Rotatorio, Estados Financieros, etc.).

-La calidad de la información financiera presentada al Banco fue satisfactoria.

4. Estados Financieros Auditados. Teniendo en cuenta la historia registrada en el LMS sobre las calificaciones de los Estados Financieros Auditados (Limpia, Salvedades, Negación, Abstención), evalúe en términos generales la calidad y oportunidad de los EFAs.

-Los estados financieros fueron presentados con opinión de los auditores sin salvedades.

-Los auditores expresan que el ejecutor cumplió con todas las cláusulas contractuales, leyes y regulaciones, excepto con la cláusula 6.04 porque no cumplió con el aporte local comprometido por el Gobierno de Nicaragua, y con el art. 20 del Reglamento del Seguro Social, porque no realizó la cotización de seguridad social de los consultores contratados.

-El informe sobre adquisiciones y solicitudes de desembolso establece que las mismas fueron efectuadas de conformidad con las normas. Asimismo, la documentación de soporte se encuentra razonablemente presentada y representa gastos válidos y elegibles al Programa.

- Aunque hay inconsistencia en las cifras en lo que corresponde a pendiente de justificar, se ha verificado y confirmado que existe un remanente de US \$309,475.90 que está en trámite de devolución por parte del Ejecutor. Esta cifra representa el 0.64% del monto desembolsado por el Banco. Se prevé que la devolución pendiente sea ejecutada en el mes de noviembre del año en curso (2006).

5. Lecciones Aprendidas. Registre las principales lecciones aprendidas a partir de la ejecución de esta operación relevantes para mejorar la administración financiera y contable de futuras

operaciones.

-Es necesario fortalecer la cultura de los POA's (Planes Operativos Anuales) en la planificación financiera del MINSA. Aunque la División General de Planificación elabora un POA, este último es desconocido por las unidades y las distintas áreas del Ministerio. La prueba de ello fue que la UCP tuvo que devolver múltiples solicitudes de pago o de compra que no figuraban en el POA.

INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO
MODERNIZACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA
DEL MINISTERIO DE SALUD

PROJECT COMPLETION REPORT – PCR

**Memorando del
Organismo Ejecutor
Ministerio de Salud**

Presentado al Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

31 Enero de 2006

La eficacia de este reporte para mostrar los resultados al terminar la ejecución del proyecto, propiciar la sostenibilidad de beneficios del proyecto y capitalizar las lecciones aprendidas para mejorar el diseño y la implementación de futuras operaciones depende en gran medida de la participación de la Institución Prestataria, los Organismos Ejecutores y los beneficiarios del proyecto en la preparación de este reporte.

Por esta razón, su contribución como autor del Memorando del Ejecutor será muy valiosa, en la medida que el conocimiento y experiencia sobre la implementación del proyecto, el análisis de la información sobre resultados y las opiniones de los beneficiarios sean transmitidas de la manera más objetiva posible y con independencia de criterio.

Instrucciones para completar el Memorando

Al completar este Memorando tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ☐ No olvide completar la portada y el recuadro sobre datos básicos del proyecto con la información necesaria
- ☐ Es muy importante que revise las Guías PCR que serán proporcionadas por la Representación del Banco, en particular el anexo técnico “Guía Práctica para la Preparación del PCR”. Este anexo presenta una serie de orientaciones, consejos y ejemplos prácticos útiles para completar la información que requiere el PCR. Recuerde que las preguntas para el Banco y para el Ejecutor son iguales, al igual que su numeración, con excepción del primer dígito (para el Banco inician con el número 2, ejemplo 2.1.1.1., mientras que para el Ejecutor inician con 3, ejemplo, 3.1.1.1.)
- ☐ Responda las preguntas abiertas en forma concisa. Lo deseable es limitar las respuestas a 10 renglones cada una como máximo. En todo caso, por favor, no se exceda de 15 renglones por respuesta. Si requiere presentar información adicional importante con evidencia sobre resultados del proyecto, utilice el anexo 5 “Anexo Documental”, un anexo opcional que se puede enviar a la Representación como documento separado (ver Guía PCR para una descripción de este anexo).
- ☐ Por favor, marque con una X dentro del corchete correspondiente la respuesta a aquellas preguntas donde hay opciones disponibles. Ejemplos:

☐ Muy Efectivo

☒ Efectivo

☐ Poco Efectivo

☐ Inefectivo

1. Análisis de problemas

Baja ← ☐ ☐ ☒ ☐ → Alta ☐ N/A

Datos básicos del proyecto

Nombre del proyecto: Modernización de la red hospitalaria del Ministerio de Salud

Número del proyecto: NI0024

Número de Préstamo/CT: 1027/SF-NI

Nombre del Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud

Nombre del autor del Memorando del Ejecutor: Dr. Rodolfo Correa Oquel

Posición (cargo) en el Organismo Ejecutor: Director General de Planificación y Desarrollo

3. MEMORANDO DEL EJECUTOR

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS (PRODUCTOS, EFECTOS E IMPACTOS)

3.1.1 Productos (*outputs*) obtenidos. Descripción de los productos del proyecto por componente y análisis de factores que afectaron su ejecución

3.1.1.1. Análisis de indicadores de producto. Registre los indicadores de los productos obtenidos en cada componente usando los mismos indicadores de producto (*outputs*) que aparecen en el ISDP / PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del ISDP / PPMR). Compare los indicadores en las columnas Logrado y Planeado. Si existe una diferencia significativa entre ellos, describa brevemente los factores responsables de la diferencia

1.- COMPONENTE I – Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua.

Indicadores de producto

PLANEADO	LOGRADO
1.1 - Planes estratégicos y sistema interno de inventario y distribución de insumos médicos implementados en el año 4 de ejecución del Programa.	<p>Los hospitales piloto han elaborado planes estratégicos desde el año 2002. Los planes elaborados tienen un horizonte de 5 años, los mismos se evalúan y ajustan anualmente. La metodología se aplicó a partir del año 2003 en forma adicional en 4 hospitales de Managua y en el Hospital de León.</p> <p>A través del SAAS se han elaborado e implantado los documentos normativos para selección (listas básicas), programación, almacenamiento ya las herramientas para el control de los insumos médicos en las unidades. Además se ha desarrollado los instrumentos para el uso racional de insumos médicos a través la protocolización y del funcionamiento del Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM).</p>
1.2 - Programa de gestión ambiental y plan de mantenimiento preventivo implementados en el año 5 de ejecución del Programa.	Se capacitaron 90 recursos en Diplomado en gestión ambiental, de los cuales 10 recursos del Nivel Central continuaron en la Maestría de Gestión Ambiental. El proceso de reorganización

1.- COMPONENTE I – Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua.

Indicadores de producto

PLANEADO	LOGRADO
	<p>institucional contempla la Unidad de Gestión Ambiental como órgano asesor de la Dirección Superior</p> <p>El Sistema de Mantenimiento preventivo se encuentra funcionando en el Hospital “Antonio Lenín Fonseca” (Hospital Tutelado); seleccionado por su nivel de complejidad.</p> <p>El Sistema se instalará paulatinamente en el año 2006 en tres hospitales más.</p>
1.3 - Programa de garantía de la calidad implementado en el año 4 de ejecución del Programa.	<p>Los Planes de Mejoramiento Continuo de la Calidad se implementaron en todos los servicios de los dos hospitales pilotos. En el año 2004 se diseñaron e implementaron en otros 4 hospitales de Managua y en el Hospital de León en los servicios de la ruta crítica. Estos planes se evalúan anualmente por la Dirección del II Nivel de Atención a través de los Compromisos de Gestión.</p> <p>Los indicadores de Calidad y Productividad pactados en los Compromisos de Gestión de ambos hospitales han mostrado avances significativos respecto a la Línea de Base, tal es el caso de la Tasa de Abandono que se redujo en un 43% y la productividad quirúrgica se incrementó en el 20%. La relación Consultas Externas vs. Emergencias pasó de ser 40/60 a 50/50.</p>
1.4 - 340 recursos de enfermería entrenadas y certificadas en gestión y calidad en hospitales piloto y tutelados al final de la ejecución del Programa.	La capacitación de Enfermería benefició a 350 recursos de enfermería en gestión clínica, gerencia de servicios, nivelación de la práctica profesional para la atención materno infantil y la atención del paciente críticamente enfermo, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo adecuado de los desechos sólidos hospitalarios y manejo del expediente clínico.
1.5 - Los sistemas de contabilidad de los dos hospitales piloto de Managua registran los ingresos y gastos por los servicios diferenciados en cuentas separadas, incorporado en el módulo financiero al final de año 5 de ejecución del Programa.	El nuevo sistema de administración financiera que implanta el Ministerio de Salud lo contempla. La separación de cuentas se realiza a través del módulo de administración financiera (SIAFI) y se encuentra funcionando en el Hospital Infantil “La Mascota”.
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
➔	

2.- COMPONENTE I.b. – Plan piloto de rehabilitación de la infraestructura y equipamiento de dos hospitales de Managua implementado
.Indicadores de producto

PLANEADO	LOGRADO
2.1 Para el final de la ejecución, 2 hospitales piloto cumplen con los criterios de habilitación de infraestructura y equipos.	Las inversiones en infraestructura y equipo fueron orientadas a cumplir los estándares de habilitación y concluyeron en diciembre de 2005. Se priorizó la habilitación de la ruta crítica (emergencias, medios diagnósticos, cuidados intensivos, salas de partos y neonatología y salas de operaciones) en ambos hospitales.
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable): →La intervención en infraestructura y equipamiento de la totalidad de los hospitales requiere de volúmenes superiores de recursos financieros, por lo que se debió priorizar la ruta crítica con lo que los hospitales quedan con suficiente capacidad de resolución para resolver los principales problemas de salud de la población vulnerable.	

3 COMPONENTE II – Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada
Indicadores de producto

PLANEADO	LOGRADO
<p>3.1- Sistema de información "SIMINSA" implementado con los módulos producción de servicios en 6 hospitales y 4 SILAIS y los módulos abastecimiento en todos los hospitales y SILAIS del país al finalizar el programa. Administración financiera en los 17 SILAIS y 6 hospitales. Módulo de costos y facturación desarrollado y en pruebas Beta en al menos 1 hospital al final de la ejecución del Programa.</p>	<p>El sistema de información se encuentra instalado y operando en sus módulos de abastecimiento en los hospitales y SILAIS del país. El de producción de servicios opera en las unidades piloto con diversos grados de implantación.</p> <p>Una evaluación integral del sistema se ha ejecutado en el presente año y se ha propuesto los ajustes necesarios tanto en los registros primarios como en las plataformas informáticas y de comunicaciones, en función de la reorganización institucional</p>
<p>3.2 - PLANIFICACIÓN BASADA EN RESULTADOS DESCONCENTRADA..25. funcionarios del nivel central y 500. de SILAIS capacitados en el módulo de planificación "SIPLA" y utilizan dicho sistema para la formulación del presupuesto, al final de la ejecución del Programa.</p>	<p>Se construyó el modulo informático de planificación denominado SIPLA para SILAIS, municipios y hospitales, el cual se encuentra operando en las unidades administrativas (Sede SILAIS). Se ha capacitado a 650 funcionarios de todas las unidades ejecutoras (Nivel Central, SILAIS, incluyendo sus municipios) en el proceso de planificación operativa que vincula financiación con resultados por programas utilizando el SIAFI. Durante cuatro años se ha efectuado la programación y formulación del presupuesto anual del MINSA, con la participación de los centros de salud municipales, los SILAIS y los Hospitales.</p> <p>Este proceso permite vincular el financiamiento a las metas físicas (resultados) y a las prioridades sanitarias de cada territorio.</p>
<p>3.3 - GESTIÓN FINANCIERA DESCONCENTRADA. Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA) implementado y funcional en el nivel central y el Modulo de financiero del SIMINSA implementado en 17 SILAIS y 6 Hospitales al final de la ejecución del Programa.</p>	<p>SIGFA operando en el MINSA Central.</p> <p>El Módulo Administrativo Financiero del SIMINSA se encuentra operando en los hospitales Manuel de Jesús Rivera (La Mascota), Alemán Nicaragüense, Humberto Alvarado de Masaya, Asunción de Juigalpa, Amistad Japón-Nicaragua en Granada, Alfonso Moncada de Nueva Segovia y en el SILAIS de Masaya, Granada, Rivas, Boaco y Chontales, Nueva Segovia, Carazo, León.</p>
<p>3.4 - Reconfiguración y cartera de servicios de la Red hospitalaria de Managua aprobada al final de la ejecución del Programa.</p>	<p>Realizada y aprobada la reconfiguración y la cartera de servicios de la red de hospitales de Managua.</p> <p>Éste proceso ha sido complementado con la configuración de la organización de las unidades de salud del primer nivel de Managua en redes de servicios lo que da mayor integralidad a la propuesta articulada al trabajo ya realizado en hospitales.</p> <p>El MINSA cuenta actualmente con una propuesta de tipificación de sus hospitales a nivel nacional que facilita su articulación como país.</p>

3 COMPONENTE II – Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada
Indicadores de producto

PLANEADO	LOGRADO
3.5 - COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA REFORMA. Al final de la ejecución del Programa, al menos 30% de los beneficiarios encuestados han recibido los mensajes clave de la reforma, promoción de la salud y prevención.	Se contrató la producción y difusión de piezas necesarias para la ejecución de la Estrategia de Comunicación Social. Se diseñó y puso en marcha la iniciado Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS), en la que se ha priorizado las acciones de promoción de la salud y prevención de 8 enfermedades, entre las que se destacan el dengue, la malaria, la EDA, las IRAs , la desnutrición, etc. Se han logrado importantes acciones de movilización social alrededor de la promoción de la salud, con la participación de líderes comunitarios y habitantes de las zonas rurales y urbano marginales.
3.6 – 376 profesionales de la salud separados de la nómina del MINSA y remunerados al final de año 2 de ejecución del Programa, y 1,700 trabajadores inactivos separados de la nómina del MINSA al final de la ejecución del Programa.	En la Fase I del Plan de Retiro Voluntario se separaron a un total de 376 profesionales de la salud En la II Fase del PRV (denominado Plan de Retribución Única, Total y Definitiva), se retiró a un total de 1,700 de pasivos..
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable): ➔ 3.3.- El Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA) es el sistema oficial de la administración gubernamental y como tal no responde a necesidades particulares del sector, motivo por el cual se hace necesario el diseño e implantación de un sistema particular para la información que siendo compatible y satisfaga las necesidades del sistema nacional, de respuestas específicas al sector y a la institución para poder incorporar la información administrativa financiera a la gerencia sanitaria. Por tal motivo, no se encuentra el Sistema particular denominado SIAFI en todas las unidades ejecutoras del país. 3.4.- La implementación de la propuesta de Managua depende de la posibilidad de invertir en otros hospitales de la capital, con el presente proyecto se realizaron inversiones en dos de los 6 hospitales de agudos de la ciudad. El proceso se complica por el acelerado deterioro de una de las unidades (Hospital materno infantil Fernando Vélez Páiz) debido a las consecuencias dañinas de sismos ocurridos en los años recientes, lo que obliga a su sustitución, razón que si bien es cierto prolonga los tiempos en que la implantación deba realizarse, el hecho de contar con una nueva edificación que lo sustituya, permitirá planear e incorporar de mejor manera los cambios necesarios en la reconfiguración. 3.6.- Se ha avanzado mucho en la comunicación social para acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades y cambios de hábitos y costumbres peligrosas con los enfermos (como evitar la automedicación en los niños, educar acerca de factores de riesgo y signos de peligros, así como acudir en forma temprana a los servicios de salud para solicitar atención calificada). Estos avances fueron enfocados como los resultados de la reforma, decidiéndose no hacer piezas comunicacionales donde se mostrara las edificaciones como sinónimos de la reforma sanitaria.	

4.- COMPONENTE III – Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT) establecido y operando. Indicadores de producto	
PLANEADO	LOGRADO
4.1 - 20 proyectos de atención materno-infantil financiados y en marcha para 94,000 mujeres y 72,000 niños para el final de la ejecución del Programa	20 proyectos que brindaron atención materno infantil a 112,667 mujeres y 118,118 niños al final del proyecto.
4.2 - Rubro de compra de servicios establecido en el presupuesto de gastos del MINSA y canaliza los recursos de contrapartida del FONMAT a partir del año 5 de ejecución del Programa.	Se establece en el presupuesto 2005, como rubro 248, "Retribución por compra de servicios de Salud".
4.3 - Al menos 1 proveedor privado sub-contratado para la provisión del paquete de servicios de nivel primario en 1 proyectos del FONMAT al final de la ejecución del Programa.	No se realizó la contratación del proveedor privado
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable): ➔</p> <p>4.3 La contratación del proveedor privado no se pudo concretar debido a los altos costos que significaron las ofertas de los mismos, lo cual no era sostenible por el programa y más aún por el país.</p> <p>Se debe señalar que a partir del FONMAT el país ha diseñado los elementos de la Estrategia nacional de extensión de cobertura para 80 municipios de los 153 del país cubriendo una población de alrededor de 500 mil beneficiarios de zonas en extrema pobreza.</p>	

<p>5.- COMPONENTE IV – Dos proyectos de reforma del MINSA en el Fondo Social Suplementario ejecutados.</p> <p>Indicadores de producto</p>	
PLANEADO	LOGRADO
<p>5.1 - 36 equipos de salud constituidos por 180 trabajadores reciben bonificaciones en el marco de un programa de evaluación del desempeño al final del año 3 de ejecución del Programa.</p>	<p>El MINSA firmó compromisos de gestión con cada uno de los 6 hospitales y 6 centros de salud piloto de modernización del sector salud. En cada hospital uno de ellos se formaron en promedio 15 equipos de trabajo que suscribieron acuerdos de gestión internos (AGI) y 4 en los centros de salud. El estimado de participantes en los procesos de entrega de bonos es con creces mayor a 1500. Producto de la evaluación de estos acuerdos, compromisos y convenios de gestión suscritos por las autoridades de estos establecimientos con el MINSA se han hecho también reconocimientos institucionales y grupales.</p>
<p>5.2 - Sistema de abastecimiento alternativo de suministros establecido con protocolos terapéuticos en hospitales implementados al final del año 5; y sistema de compra de medicamentos estandarizado establecido y operando al final de año 5 del Programa.</p>	<p>Se ha definido metodología para la elaboración de protocolos basados en evidencias científicas. Se han aplicado en los hospitales piloto para definir los protocolos (12) para las principales enfermedades que se atienden. Existe instrumentos de evaluación de los protocolos que aplica el comité de uso racional de insumos médicos (CURIM).</p> <p>Producto de la evaluación del componente de adquisiciones y distribución del SAAS se decidió impulsar la distribución basada en un distribuidor primario cuyas funciones serán cumplidas por el CIPS.</p> <p>Se dotó a las unidades piloto de herramientas de farmacias modernas para facilitar el almacenamiento y protección de los fármacos y de sistemas de unidosis en 6 hospitales piloto para garantizar seguridad y evitar desperdicios de medicamentos.</p> <p>Se diseñó e implantó el manual de control interno de insumos el cual está funcionando en el país y apoya efectivamente su control.</p>
<p>Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):</p> <p>5.1.- Las condiciones económicas del país no permiten replicar el establecimiento de incentivos monetarios pero la metodología mostró ser útil y efectiva para impulsar procesos de evaluación de desempeño institucional y establecimiento de incentivos de otro tipo.</p> <p>➔</p>	

3.1.1.2. Identificación de los productos logrados. Teniendo en cuenta los indicadores de producto en los diferentes componentes del proyecto, describa sintéticamente los productos clave (*key outputs*) obtenidos por este proyecto

1

2

3

4

n (puede agregar nuevos espacios para describir más productos si es necesario)

3.1.2. Efectos (*outcomes*) e impactos del proyecto. Descripción de los logros del proyecto en relación con su Objetivo de Desarrollo (OD o propósito en el marco lógico del proyecto)

3.1.2.1. Análisis de indicadores de efecto (*outcome*). Registre los indicadores del logro del Objetivo de Desarrollo (*outcome*) usando los mismos indicadores de efecto (*outcome*) del ISDP/PPMR (la Representación podrá suministrar los indicadores del ISDP / PPMR). Compare los indicadores de los efectos Logrados y Planeados. Si existe una diferencia significativa entre ellos, explique brevemente los factores responsables de la diferencia.

OBJETIVO DE DESARROLLO Indicadores de Efecto (Propósito) 1. <i>Eficiencia y Capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas, y proveer servicios mejoradas.</i>	
PLANEADO	LOGRADO
CAPACIDAD: Marco de políticas públicas del GoN para el Sector Salud aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa.	<p>Se elaboró la Política Nacional de Salud 2004-2015 y se formuló en un proceso ampliamente participativo el Plan Nacional de Salud 2004-2015, mismos que fueron presentados a la Nación y entregados al Presidente de la República en mayo y septiembre de 2004 respectivamente.</p> <p>Se ha definido el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud a partir de las experiencias exitosas y evaluación de diversas intervenciones en desarrollo en el país.</p> <p>Se ha definido un plan quinquenal de salud que operacionalice los lineamientos, mandatos, prioridades y acciones principales de la Política y Plan Nacional de Salud, del Plan Quinquenal y del Modelo de Atención en salud.</p>
CAPACIDAD: Nuevo marco regulatorio que define el papel de las instituciones de salud, la	Se elaboró y fue promulgada la Ley General de

red hospitalaria y las instancias de supervisión y acreditación aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa.	<p>Salud (Ley No. 423) y su Reglamento mediante Decreto 1-2003. Ejecutado el Plan de Capacitación sobre la Ley General de Salud y su Reglamento dirigido a funcionarios del Nivel Central, Local y Consejos Departamentales de Salud, Sociedades médicas, sindicatos de salud, organismos no gubernamentales y otros con un total de 1013 personas capacitadas en los 17 SILAIS del país.</p> <p>Se elaboraron normas técnicas para regular el financiamiento de enfermedades de alto costo, atención de emergencias, accidentes de tránsito, rol del SILAIS, Modelo de Atención Integral en Salud</p>
EFICIENCIA. Reestructurado funcionalmente el MINSA para apoyar de autogestión hospitalaria.	<p>Se efectuó ajustes al Reglamento de la Ley 290, Ley de organización, competencia y procedimientos del Poder Ejecutivo.</p> <p>Una propuesta de reorganización del Ministerio de Salud en función de la conducción de las futuras operaciones basadas en las lecciones aprendidas mediante un análisis sistémico de la institución, partiendo de sistemas, procesos, procedimientos, actividades y tareas. Ya se han elaborados los 12 sistemas y se han descrito los procesos y procedimientos de cada uno de ellos. Se está en la etapa de implantación inicial de esta reorganización, se ha nombrado por medio de Resolución Ministerial a los 5 Directores Generales encargados de asumir la conducción de cada una de las 5 estructuras aprobadas para el Nivel Central del Ministerio de Salud. Se espera será aprobada a finales del primer semestre 2005.</p>
Mejorada la calidad de la ejecución presupuestaria en la 52 Unidades ejecutoras del MINSA.	<p>Se han elaborado normas y se ha capacitado al personal que desarrolla la función administrativa financiera en cuatro SILAIS y seis hospitales pilotos, sobre los nuevos procesos de gestión financiera.</p> <p>Se ha mejorado la capacidad de ejecución financiera del Ministerio pasando de un 77 % en el año 99 a un 97% en el año 2004.</p> <p>Se demuestra que se ha mejorado la calidad de la ejecución en las 52 Unidades Ejecutoras, medido a través de mejoría en cumplimiento en la normas de ejecución presupuestaria y la rendición oportunas de los recursos recibidos.</p>
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
➔	

OBJETIVO DE DESARROLLO Indicadores de Efecto (Propósito) <i>Calidad de la provisión de servicios de salud y de la atención médica y satisfacción del usuario aumentadas</i>	
PLANEADO	LOGRADO
Al menos 30% de los usuarios perciben un cambio favorable en el período de 1998 hasta 2004 en la prestación de servicios apoyados por el proyecto.	<p>La opinión de los usuarios se ha realizado en los hospitales de manera semestral. Es a partir del año 2002 que la valoración de la opinión de los usuarios “encuestas de satisfacción” se realizan de manera sistematizada.</p> <p>En el Hospital Infantil “Manuel de Jesús Rivera” pasó de 68% (Línea de Base) a 77% en el 2004. Para el caso del Hospital “Aleman Nicaragüense” pasó de 75% (Línea de Base) a 90% en el 2004. Este indicador se hace más evidente con la disminución de los abandonos que han disminuido en más del 40% en ambos hospitales.</p>
Al final de la ejecución del Programa, al menos un 80% de los proveedores apoyados por el Programa (hospitales y FONMAT) cumplen con los protocolos oficiales de al menos 3 patologías prevalentes en cada unidad	<p>Los hospitales elaboraron 9 protocolos y los mismos actualmente se encuentran en un proceso de revisión rutinario según establece la metodología diseñada para la elaboración y aplicación de protocolos de atención.</p> <p>Se han elaborado protocolos de atención para la atención integral entre el I y II nivel de atención de las tres principales patologías materno infantil y se cuenta con un instrumento de monitoreo de los mismos, el cual es aplicado a través de los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM).</p> <p>El Hospital “La Mascota” tiene implementados 5 protocolos y el Hospital “Aleman Nicaragüense” 6.</p> <p>Los centros de salud piloto para el Modelo de Gestión dos (hipertensión arterial y diabetes mellitus).</p> <p>Los PG de FONMAT implementan al menos 3 de los protocolos (20) elaborados para la atención a las emergencias obstétricas y neonatales.</p> <p>Se han complementado los esfuerzos de ambos proyectos (BID/BM) y las estructuras de línea del MINSA en la elaboración de los protocolos.</p>
Tasa de infección hospitalaria en los 6 hospitales piloto del Programa (PMSS) se reduce en 10% en 2004 en relación a las de 2003.	<p>Antes de la intervención como “Hospitales Pilotos” los hospitales no controlaban éste indicador.</p> <p>Se realizó la definición de caso en 2001 y se cuenta con sistema de registro adecuado de los casos por servicios en los 6 hospitales piloto a partir de 2003.</p> <p>La tasa de infección en el hospital infantil por ejemplo pasó de 5.3% en el 2003 a 4.7% en el 2004 (12% de reducción).</p>
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
➔	

OBJETIVO DE DESARROLLO Indicadores de Efecto (Propósito) <i>Cobertura con equidad de la provisión de servicios de salud materno-infantil ampliada.</i>	
PLANEADO	LOGRADO
Aumento de la tasa de parto institucional de 22% en 1998 a 40% en 2004 entre la población beneficiaria del proyecto. (Aumento de 8% en 1998 a 16% en 2004 entre la población INDIGENA beneficiaria).	En los 20 PG donde se desarrollaron las intervenciones FONMAT se logró coberturas de parto institucional de 41.1%. En los PG que atienden población mayoritariamente indígena, la cobertura de parto institucional alcanzó el 38%
Aumento de la tasa de cobertura de atención prenatal oportuna (=durante el primer trimestre del embarazo) de 29% en 1998 a al menos 35% en 2004 la población beneficiaria del proyecto.	En los 20 PG's la cobertura de atención prenatal (captadas en primer trimestre de embarazo) fue de 31.4%. En los PG con 5 años de desarrollo la cobertura fue de 39%.
Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de 1 año del 22% a 65% en la población beneficiaria al cabo del proyecto	La cobertura de atención a menores de 1 año es de 85%.
Factores responsables de la diferencia (si es aplicable):	
➔ Se ha logrado disminuir sensiblemente la tasa de mortalidad materna en las áreas de intervención de FONMAT.	

3.1.2.2. Identificación de efectos intermedios (*outcomes*) e impactos iniciales. Considerando los productos (*outputs*) logrados por el proyecto, en la medida de lo posible, identifique los efectos (*outcomes*) intermedios y los impactos iniciales logrados hasta el momento

➔

3.1.2.3. Identificación de los futuros efectos (*outcomes*) e impactos. Considerando los productos (*outputs*) que fueron obtenidos, identifique los futuros efectos e impactos que se espera obtener y describa de qué manera los productos contribuyen al logro de esos efectos e impactos

➔

3.1.2.4. Análisis de los supuestos (de productos a efectos). Enumere las condiciones favorables que deben darse para lograr el propósito del proyecto y explique por qué son necesarias

➔ Los esfuerzos de comunicación y para el cambio de comportamiento de la población, especialmente la población rural alejada, sobre el valor de las atenciones de promoción y prevención en salud son efectivos. ALTA

El programa de modernización del sector público tiene un grado de avance adecuado, específicamente en su impacto en la racionalización de la gestión de los recursos humanos del

MINSA. BAJA

La distribución del gasto público se reorienta según las prioridades del sector salud. ALTA.

El personal directivo de los establecimientos de salud piloto permanece estable en sus puestos de trabajo. ALTA

Observaciones: Se han realizado cambios en cinco equipos de dirección de hospitales, un factor de estabilidad ha sido la capacitación a los equipos de dirección incluidos los jefes de servicios, de donde generalmente se seleccionan a las n nuevas autoridades cuando hay cambios.

3.1.2.5. Pregunta piloto No.1 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión integra del PCR) ¿Se observan inequidades en el acceso a los beneficios del proyecto por parte de subgrupos dentro de la población objetivo por razón de género, localización, origen étnico, sector rural/ urbano, nivel de ingreso u otras razones? Si esto es así, ¿a qué se deben?

→

3.1.2.6. Pregunta piloto No.2 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión integra del PCR) ¿Se produjo algún tipo de efecto adverso causado sin intención por este proyecto en la población y/o en el medio ambiente? Si esto es así, ¿qué medidas se han tomado?

→

3.1.2.7. Pregunta piloto No.3 – (En construcción). Opcional para operaciones con *PCR due date* anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión integra del PCR) Seguramente los resultados del proyecto han contribuido al logro, o bien de las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial o nacional vigente del país prestatario, o bien a los indicadores de la actual Estrategia de País del Banco. Si esto es así, especifique a qué meta o indicador de resultados está contribuyendo el proyecto y explique de qué manera y en qué medida lo hace

→

3.1.2.8. Pregunta piloto No.4 – (En construcción). Opcional para operaciones con PCR due date anterior al 1 de febrero del 2005. Antes de esa fecha, únicamente será requerida para las operaciones seleccionadas en el grupo piloto para responder la versión íntegra del PCR) ¿Hubo cambios significativos en el contexto en que se implementó el proyecto y/o en las políticas sectoriales / nacionales y/o en las estrategias de desarrollo? Si fue así, explique cómo el proyecto fue adaptado para dar respuesta a esos cambios

sURGE LA ERCERP Y LE DA CONTERXTO NACIONAL AL PLAN

→

3.1.2.9. Recálculo de la Tasa Interna de Retorno (TIR). Si el proyecto incluyó ex ante un cálculo de la tasa de retorno esperada, ¿cuál fue la tasa de retorno esperada y cuál es la tasa de retorno real?

→

3.1.2.10. Recálculo de otros indicadores de evaluación económica. Si el proyecto incluyó ex ante otras estimaciones de evaluación económica (costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio), ¿cuál fue el indicador esperado y cuál es el indicador real?

→

3.1.2.11. Calificación de la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo (OD). Teniendo en cuenta los análisis realizados en las secciones 3.1.1. y 3.1.2., califique la efectividad del proyecto en términos de su objetivo de desarrollo

☐ Muy Efectivo

☒ Efectivo

☐ Poco Efectivo

☐ Inefectivo

(Explique su calificación)

→El proyecto logró alcanzar todos los indicadores que se planteó contribuyendo en gran medida a la concreción de la política nacional de salud en la que se basaron sus actividades.

3.2. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION

3.2.1. Medición del desempeño del proyecto

3.2.1.1. Elementos para monitoreo y evaluación. En una escala de 1 a 4 establezca la calidad de los siguientes elementos necesarios para medir el desempeño del proyecto:

1. Análisis de problemas	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
2. Estrategia de intervención en respuesta al(los) problema(s) identificados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
3. Identificación de efectos (<i>outcomes</i>) e impactos esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
4. Identificación de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
5. Indicadores de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
6. Indicadores de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
7. Línea de base de efectos (<i>outcomes</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
8. Línea de base de productos (<i>outputs</i>) esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
9. Supuestos de productos a efectos	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
10. Definición de responsabilidades para la recolección de información	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
11. Plan para la implementación del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
12. Plan de Adquisiciones	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A

3.2.1.2. Análisis de factores críticos del diseño. Considerando los elementos del diseño del proyecto evaluados en el punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (positiva y/o negativa) en la medición de su desempeño

→ Hubo mucho optimismo en el diseño en cuanto al tiempo necesario para hacer en forma completa una demostración de procesos gerenciales en una unidad de salud (hospital) ya que es muy difícil impulsar 10 procesos gerenciales en forma simultánea en un mismo hospital, en los que un equipo participa simultáneamente en dos o más procesos.

3.2.1.3. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas para mejorar los aspectos previstos en el diseño del proyecto en relación con la medición del desempeño del proyecto

→ En proyectos de este tipo en los que la inversión no es el factor principal sino que acompaña los mejoramientos gerenciales y de la atención debe valorarse la capacidad de asimilación de los equipos de trabajo para asegurar una exitosa implantación.

3.2.1.4. Lecciones aprendidas para el diseño (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño en el diseño de futuros proyectos

➔ Consideramos que el desempeño se mide adecuadamente a través de los indicadores seleccionados.

3.2.1.5. Información disponible durante la implementación del proyecto. En una escala de 1 a 4 califique el grado de cumplimiento y la calidad de las siguientes tareas que deben ser realizadas por el Organismo Ejecutor para generar información necesaria para la medición de desempeño del proyecto:

1. Establecimiento de procesos y mecanismos para recolección y análisis de datos (fuente de datos, responsables, periodicidad y características de la información)	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
2. Recolección de información de línea de base de efectos	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
3. Recolección de formación de línea de base de productos	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
4. Recolección, análisis y reporte de información sobre recursos disponibles y actividades realizadas	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
5. Recolección, análisis y reporte de información sobre productos generados por el proyecto y su contribución al logro de los efectos esperados	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
6. Recolección, análisis y reporte de información sobre efectos e impactos generados por el proyecto y su contribución a las metas establecidas en la estrategia de desarrollo sectorial y nacional	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A

3.2.1.6. Análisis de factores críticos para medición de desempeño durante la implementación. Considerando los procesos del punto anterior, describa los principales factores (máximo 3) que tuvieron la mayor influencia (negativa o positiva) en la medición de desempeño del proyecto durante su implementación

➔ La mayor limitación en cuanto a la ejecución de este proyecto fue tiempo, por lo que se debió solicitar extensiones al mismo.

3.2.1.7. Lecciones aprendidas en la implementación (medidas adoptadas). Describa en forma concreta qué medidas fueron adoptadas a fin de obtener la información necesaria (en cantidad y calidad) para medir el desempeño del proyecto

➔

3.2.1.8. Lecciones aprendidas para la implementación (medidas alternativas). Con base en su experiencia en este proyecto, describa en forma concreta qué medidas recomienda para mejorar la medición del desempeño durante la implementación de futuros proyectos



3.2.2. Factores que afectaron la ejecución del proyecto (según ISDP/PPMR)

(Como información útil para contestar las preguntas de la sección 3.2.3. conviene revisar los factores que afectaron la ejecución del proyecto y que fueron registrados en el ISDP/PPMR. El Especialista responsable de la supervisión del proyecto en la Representación podrá facilitar esta información).

3.2.3. Análisis de factores críticos para el éxito del proyecto

Factores críticos para la obtención de los productos (*outputs*)

3.2.3.1. Identificación de factores negativos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente la ejecución de los componentes del proyecto y la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

➔ El tiempo, ya que muchos de los productos requirieron de procesos de diseño y validación de procesos gerenciales, los que estuvieron a disposición en fases avanzadas del proyecto.

Esto se relaciona con el hecho de integrar al proyecto en un programa con otro proyecto financiado por otro organismo multilateral que al utilizar diferentes mecanismos de adquisiciones, enlentecieron los procesos de contratación de firmas consultoras financiadas conjuntamente.

3.2.3.2. Identificación de factores positivos para obtener los productos. Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que contribuyeron positivamente a la implementación de los componentes del proyecto y a la obtención de sus productos (*outputs*) en términos de cantidad, calidad y oportunidad y analice por qué

➔ La identificación de los productos con claridad y la motivación a los trabajadores alrededor de los objetivos y acciones del proyecto y su articulación con la política de salud y las prioridades de la institución.

Factores críticos para la obtención de los efectos (*outcomes*)

3.2.3.3. Identificación de factores negativos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron los principales factores (máximo 3) que afectaron negativamente el logro de los efectos (*outcomes*) del proyecto y analice por qué

➔ la diversidad de procesos que no pueden estar listos de la manera deseada por tener dinámicas diferentes de ejecución, ejemplo las obras de infraestructura, la adquisición de equipos y los procesos de garantía de calidad no confluyeron y se tuvo que impulsar garantía de calidad sin los equipos indispensables para una buena atención, situación que mejoró en fases avanzadas del proyecto.

3.2.3.4. Identificación de factores positivos para la obtención de los efectos (*outcomes*). Describa cuáles fueron, en perspectiva, los principales factores que contribuyeron positivamente a la posibilidad de lograr a tiempo los efectos del proyecto (*outcomes*) y analice por qué

➔ La existencia de muchas actividades del proyecto y del programa en función de fines únicos en general se articularon en forma sinérgica como la garantía de la calidad con el desarrollo de los comités de uso racional de insumos médicos (CURIM), el sistema de abastecimiento (SAAS), el desarrollo de los sistemas de información de los compromisos de gestión y acuerdos de gestión interna.

3.2.4. Análisis de gestión y lecciones aprendidas

3.2.4.1. Análisis de gestión. Identifique y analice la efectividad de las medidas adoptadas para resolver los problemas y aprovechar las oportunidades relacionadas con el análisis de factores críticos y explique cómo fueron llevadas a la práctica

➔ Se realizó comunicación constante y fluida con la representación del BID, lo cual hizo que se buscara de forma ágil la mejor solución y que esta se aplicara en forma oportuna. Otra fue la realización de misiones conjuntas con los organismos que financiaban la operación del programa de modernización (BID, Banco Mundial, NORAD) para analizar el avance y buscar soluciones conjuntas.

3.2.4.2. Lecciones aprendidas sobre gestión de proyectos. Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta la efectividad de las medidas adoptadas mencionadas en el análisis de gestión, describa en forma concreta qué medidas alternativas recomienda para enfrentar los problemas que puedan surgir durante la implementación de futuros proyectos similares a este.

➔ Se debe realizar un acompañamiento en cuanto a fortalecimiento institucional para evitar la dependencia de una UCP que se considera extraña a la institución a la que pertenece y que no agrega valor a la misma al llevarse la experiencia adquirida cuando el proyecto concluye.

Calificación de la implementación del proyecto (IP)

3.2.4.3. Calificación de la implementación del proyecto. Califique la implementación del proyecto con base en el análisis de gestión anterior y en los productos (*outputs*) obtenidos en la cantidad y con la calidad esperada, en tiempo razonable y a costos razonables

☐ Muy Satisfactorio (MS)

☒ Satisfactorio (S)

☐ Insatisfactorio (I)

☐ Muy Insatisfactorio (MI)

(Explique su calificación)

➔Debido a la institucionalización de los procesos que se ha logrado.

3.3. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD

3.3.1. Fortalecimiento Institucional / Organizacional (FIO)

3.3.1.1. Areas fortalecidas o mejoradas por el proyecto. Identifique las áreas institucionales / organizacionales fortalecidas o mejoradas por el proyecto, directa o indirectamente, e indique el nivel de su influencia (nacional, regional, local)

Area Institucional / Organizacional				Nivel		
	Si	No	N/A	Nacional	Regional	Local
1. Marco legal y regulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedimientos, manuales, guías operacionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidad						
3.1. Capacidad de la alta gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.2. Capacidad de la mediana gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.3. Capacidad de sistemas de información	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.4. Medición del desempeño (capacidad de M&E)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.5. Servicio al cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Estructura funcional y organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Presupuestación / gestión financiera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Coordinación Intra- / Inter-sectorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Coordinación Intra - / Inter-organizacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Personal / desarrollo de recursos humanos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Adquisiciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Auto-evaluación, auditoria & rendición de cuentas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.1.2. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el país. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el país

- ➔ La capacidad de programación presupuestación a nivel local (Centros de salud municipales y Hospitales) y regional (SILAIS)
- ➔ Capacidad gerencial a nivel hospitalario y de los proveedores gestores, incluida la evaluación del desempeño institucional basado en los compromisos de gestión y acuerdos internos de gestión.
- ➔ Capacidad de emplear nuevos mecanismos de asignación y formas de pago por servicios en función de grupos priorizados de la población.

3.3.1.3. Fortalecimiento logrado por el proyecto en el Organismo Ejecutor. Describa los aportes más significativos del proyecto (máximo 3) al proceso de fortalecimiento institucional / organizacional en el Organismo Ejecutor. Describa la situación antes-después del proyecto

- ➔ Capacidad de gestionar un proceso de extensión de cobertura a nivel nacional basado en nuevos mecanismos de pago a través del empleo de cuasi contratos como son los compromisos de gestión frente a un financiamiento por presupuesto histórico.
- ➔ Capacidad de planificación a nivel central y local en forma integrada física financiera frente a una disociación histórica entre metas y recursos financieros.
- ➔ Capacidad de gestión de establecimientos complejos como los hospitales.

3.3.1.4. Calificación de la contribución del proyecto al FIO

☒ Muy Relevante (MR)

☐ Relevante (R)

☐ Poco Relevante (PR)

☐ Irrelevante (I)

(Explique su calificación)

- ➔ Al enfocarse el proyecto en su contribución al cumplimiento de las políticas de salud, sus productos y efectos han encaminado a la institución MINSA a poder gerenciar sus intervenciones en función del cumplimiento de las políticas señaladas, analizar y reorientar las mismas e impulsar su cumplimiento.

3.3.2. Sostenibilidad del proyecto

3.3.2.1. Alcance de la sostenibilidad del proyecto. En consulta con las autoridades del Organismo Ejecutor, defina qué acciones, servicios y/o productos deberían seguir siendo sostenibles, y durante cuánto tiempo, a fin de asegurar la sostenibilidad de los efectos y futuros impactos esperados del proyecto

- ➔ Todas ellas dado que el proyecto se enfocó en el desarrollo de proceso que no son finitos. Es necesario continuar con el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de unidades de salud, la contratación de proveedores institucionales y no institucionales, el fortalecimiento de la gerencia de las unidades de salud y su articulación en redes de servicios y la acción comunitaria acompañada con la comunicación para la salud en un afán de fortalecer la prevención en el sistema de salud.

3.3.2.2. Bases para el análisis de sostenibilidad. En una escala de 1 a 4 estime la probabilidad de que durante el año siguiente a la terminación del proyecto (y del financiamiento del Banco) existan los siguientes arreglos y recursos institucionales y organizacionales en el país, necesarios para mantener las acciones, servicios, productos, efectos y futuros impactos iniciados por el proyecto y definidos en 3.3.2.1.

Arreglos institucionales / organizacionales y recursos	Probabilidad
1. Apoyo de la alta gerencia en la Agencia Ejecutora	Baja ← [] [] [] [x] → Alta [] N/A
2. Marco político, legal y regulatorio	Baja ← [] [] [x] [] → Alta [] N/A
3. Preparativos y capacidad organizacional	Baja ← [] [] [x] [] → Alta [] N/A
4. Coordinación inter-organizacional	Baja ← [] [] [x] [] → Alta [] N/A
5. Disponibilidad de recursos financieros	Baja ← [x] [] [] [] → Alta [] N/A
6. Personal idóneo	Baja ← [] [] [x] [] → Alta [] N/A
7. Recursos para mantenimiento de la infraestructura física	Baja ← [] [x] [] [] → Alta [] N/A
8. Apoyo de los beneficiarios del proyecto	Baja ← [] [] [x] [] → Alta [] N/A
9. Apoyo del gobierno nacional	Baja ← [] [] [] [x] → Alta [] N/A

3.3.2.3. Análisis de causas de raíz que afectan negativamente la sostenibilidad. Con base en el punto anterior, y considerando los posibles factores que puedan afectar la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 3.3.2.1 pueden no ser sostenibles, y explique por qué

→ Las condiciones económicas del país, que está saliendo de una crisis económica marcada por baja producción y elevado endeudamiento.

3.3.2.4. Análisis de causas de raíz que contribuyen favorablemente a la sostenibilidad. Con base en los previos análisis y considerando los posibles factores que puedan contribuir a la sostenibilidad del proyecto, identifique las causas concretas por las cuales usted considera que los futuros impactos, efectos inmediatos, productos, acciones y/o servicios descritos en 3.3.2.1. pueden ser sostenibles, y explique por qué

→ Los éxitos logrados y las lecciones aprendidas en el desarrollo del proyecto hacen que el personal involucrado y los equipos de trabajo de otras unidades que han observado los resultados y comentado acerca de los mismos, impulse con motivación las diferentes tareas, aún en condiciones de escasez de recursos.

3.3.2.5. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas adoptadas). Con base en su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas adoptadas en su diseño y/o su implementación que fueron eficaces para mejorar la sostenibilidad del proyecto y explique cómo se llevaron a la práctica

➔ La construcción de un enfoque sectorial en salud para coordinar a los cooperantes, alinearlos en función de las prioridades y objetivos de la institución y armonizar los procedimientos administrativos y financieros en la medida de lo posible, garantizando el fortalecimiento institucional para conducir todo el proceso.

3.3.2.6. Lecciones aprendidas para la sostenibilidad (medidas alternativas). A partir de su experiencia en este proyecto y teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa en forma concisa las medidas alternativas que recomienda tener en cuenta durante el diseño y/o la implementación para mejorar la sostenibilidad de futuros proyectos

➔ La articulación de los proyectos y programas de cooperación con las políticas y prioridades sectoriales.

3.3.2.7. Plan de Sostenibilidad. Teniendo en cuenta los análisis anteriores, describa las acciones concretas que el País Prestatario y/o el Banco deberían realizar durante el próximo año para asegurar la sostenibilidad de los futuros impactos, efectos, productos, acciones y/o servicios identificados en 3.3.2.1.

➔ Fortalecer la capacidad institucional para el manejo financiero, el control interno, los sistemas de información y manejo de recursos humanos de la institución.

3.3.2.8. Calificación de la sostenibilidad del proyecto. Con base en los análisis previos y las perspectivas del Plan de Sostenibilidad, califique la probabilidad de que el proyecto sea sostenible durante los próximos tres (3) años:

☒ Muy Probable (MP)

☐ Probable (P)

☐ Poco Probable (PP)

☐ Improbable (I)

(Explique su calificación)

➔ Dado que la sustentabilidad no debe ser vista solamente desde el punto de vista financiero, los otros aspectos que intervienen están presentes y apoyan su desarrollo futuro adaptándose a las condiciones reales del país. La concordancia con los objetivos de la política garantiza que los esfuerzos del país vayan en esa dirección destinando tanto los recursos propios como otros captados de la cooperación.

3.4. DESEMPEÑO DEL BANCO

3.4.1. Desempeño del Banco en áreas críticas. Evalúe el desempeño del Banco en las siguientes áreas:

1. Grado de facilitación para diseñar el proyecto en forma participativa con el Prestatario y el Organismo Ejecutor

Baja ← ☐ ☐ ☐ ☒ → Alta ☐ N/A

2. Provisión de asistencia técnica y capacitación, así como seguimiento sistemático para que el Organismo Ejecutor cumpla con las políticas y procedimientos del Banco

Baja ← ☐ ☐ ☐ ☒ → Alta ☐ N/A

3. Provisión de asistencia técnica y capacitación al Organismo Ejecutor, para mejorar la gestión y la administración del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
4. Utilidad de la supervisión y asesoramiento del Banco para mejorar la gestión y la administración del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
5. Oportunidad de la respuesta del Banco a los requerimientos del Organismo Ejecutor durante la implementación del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A
6. Flexibilidad del Banco para dar respuesta a emergencias e imprevistos durante la implementación del proyecto	Baja ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> → Alta	<input type="checkbox"/> N/A

3.4.2. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas adoptadas). Con base en su experiencia durante la implementación del proyecto, identifique qué medidas adoptadas respecto a la estructura, organización y procesos en la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto, así como su interacción con el Banco resultaron eficaces y explique cómo fueron llevadas a la práctica.

➔ El hecho que el proyecto haya respondido a las políticas institucionales y se haya integrado a un programa de modernización ejecutándose conjuntamente con otro proyecto del Banco Mundial hizo indispensable la integración cada vez mayor con las estructuras del Ministerio (organismo ejecutor) hasta ser asumidas las funciones en conjunto UCP-OEj, institucionalizándose el programa de modernización en su totalidad.

3.4.3. Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas alternativas). Con base en su experiencia durante la implementación del proyecto, qué sugerencias hace al Banco para mejorar la estructura, organización y procesos de la Unidad Coordinadora / Ejecutora de Proyecto y su interacción con el Banco en futuras operaciones?

➔ Realizar el fortalecimiento del organismo ejecutor para que asuma de mejor manera sus funciones.

3.4.4. Calificación del desempeño del Banco. Con base en 3.4.1. y teniendo en cuenta la experiencia de la institución prestataria y su experiencia como Organismo Ejecutor, califique el desempeño del Banco durante las fases de diseño e implementación del proyecto:

☒ Muy Satisfactorio (MS) ☐ Satisfactorio (S) ☐ Insatisfactorio (I) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

(Explique su calificación)

➔ El banco ha estado dispuesto siempre a facilitar la ejecución del proyecto, el cual tuvo grados de dificultad mayores al ser ejecutado en forma conjunta con un proyecto del BM sin armonizar los procedimientos utilizados, lo cual requirió esfuerzos mayores y mayor cantidad de problemas a resolver para garantizar la operatividad del programa.

3.5. BASES PARA LA EVALUACION EX POST

3.5.1. Previsiones para la evaluación ex-post. Establezca si esta operación, de acuerdo con el Contrato de Préstamo, requiere una evaluación ex-post. De ser aplicable, proporcione la siguiente información sobre las previsiones tomadas (revisar acuerdos entre el Banco, Prestatario y Ejecutor en la Ayuda Memoria del Taller de Terminación de Proyecto):

¿El Contrato de Préstamo requiere una evaluación ex-post para esta operación?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Para qué fecha está programada?	Fecha comienzo: DD MM AA Fecha terminación: DD MM AA
¿Quién es el responsable de realizar la evaluación ex-post?	<input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Prestatario
¿Cuánto es el costo estimado?	USD\$ []
¿Cuál es la fuente de los recursos financieros para la evaluación ex post?	<input type="checkbox"/> Recursos de préstamo BID <input type="checkbox"/> Recursos del Prestatario <input type="checkbox"/> Otra Fuente
Si los recursos provienen de otra fuente, especifique cuál:	

3.5.2. Análisis de capacidad para la evaluación ex-post. Analice la capacidad del Organismo Ejecutor, así como su infraestructura y procesos de información para recolectar, analizar y reportar la información sobre el logro de los futuros efectos e impactos del proyecto, y los principales factores que puedan facilitar u obstaculizar esta evaluación

➔

3.6. OTRAS LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

En forma adicional a las lecciones aprendidas ya registradas en las secciones anteriores de este reporte, a continuación puede registrar otras lecciones aprendidas y recomendaciones que puedan ser útiles para el diseño y/o la implementación de nuevos proyectos:

➔

Anexos 1A y 1B
Financiamiento del Proyecto

Anexo 1-A
Fuente de Financiamiento
(Montos en millones de USD\$)

Categoría de Inversión	Original				Actual				Brecha como % del Original			
	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total	BID	Prestatario	Otras Fuentes	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1.												
2.												
3.												
4.												
Etc.												
TOTAL												

Anexo 1- B
Calendario de Inversiones
(Montos en millones de US\$)

Años	Original				Actual				Brecha
	BID	Prestatario	Otros	Total	BID	Prestatario	Otros	Total	(8)- (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
n									
TOTAL									

Ayuda Memoria de Taller de Cierre
Proyecto “Mejoramiento de la Red Hospitalaria del MINSA” (1027/SF-NI)
29 de mayo del 2006

Introducción.

FECHA: 29 de mayo de 2006.

HORA: Inicio: 2:30 p. m. Finalización: 4:30 p.m.

LUGAR: Salón de reuniones del Proyecto PRONICASS del Ministerio de Salud (MINSA), frente al Complejo Nacional de Salud “Doctora Concepción Palacios”.

PARTICIPANTES:

En el Taller participaron 15 personas cuyos nombres y proveniencia institucional se indican a continuación:

Por el BID:

Edmundo Quintanilla, Especialista Sectorial.

Marcos Membreño Idiaquez, consultor

Por el MINSA:

Diego A. Calvo, Director SIALAIS de Chontales.

Eliseo Aráuz, Secretario Enfoque Sectorial en Salud,

Marina Isabel Avilés Mairena, Directora de Planificación del MINSA,

Ramón Membreño Espinoza, Director de Recursos Humanos del MINSA,

Roberto Jirón, Director del Hospital Infantil La Mascota,

Dinorah Corea Pereira, Primer Nivel de Atención del MINSA,

Mauricio Dinarte Mendoza, Dirección General de Planificación y Desarrollo del MINSA,

Norman Jirón, Director de Regulación,

María Marta Solórzano, Directora de Adquisiciones de MINSA,

Rodolfo Correa, Director de la Dirección General de Planificación y Desarrollo del MINSA,

Carlos Cruz, Dirección General de Planificación y Desarrollo del MINSA,

Ramiro López, Dirección de Hospitales del MINSA,

Humberto Román, Dirección de Hospitales del MINSA.

Forman parte de esta Ayuda Memoria (ver Anexos): a) la agenda del Taller; b) la lista de las 15 personas participantes en el Taller y sus respectivas firmas; y c) las presentaciones (en filminas Power Point) que fueron preparadas por el MINSA y por el Representante del Banco.

1. Los resultados del Taller de Cierre.

La Agenda del taller (ver Anexo) se orientó al examen del grado de cumplimiento de los indicadores del proyecto y a la reflexión sobre las lecciones aprendidas. En términos generales, el Taller mostró el consenso global existente entre las evaluaciones y reflexiones del MINSA y las del Banco.

Se recogen aquí los planteamientos más relevantes que surgieron en el Taller, independientemente de que la mayoría de ellos aparezca en los Memorandum de evaluación del Banco y del MINSA o en las filminas en Power Point preparadas por los representantes de ambas instituciones. Los aportes se han separado y ordenado según se refieran al cumplimiento de los indicadores o a las lecciones aprendidas.

1.1. El grado de cumplimiento de los indicadores.

- i) El proyecto consiguió cumplir satisfactoriamente con casi todas sus metas e indicadores. Los dos grandes logros del proyecto fueron la creación de un marco regulatorio del sector salud y las mejoras introducidas en la gestión de los hospitales.
- ii) Son indiscutibles los logros obtenidos al nivel central del MINSA y en los dos hospitales piloto de Managua que fueron financiados exclusivamente con fondos del BID (Hospital Infantil La Mascota y Hospital Alemán), pero hizo falta asegurar la institucionalización y la sostenibilidad de las intervenciones en el eslabón final de la cadena de los servicios del primero y del segundo nivel de atención del MINSA: la relación directa con los usuarios de los servicios (los pacientes).

1.2. Las lecciones aprendidas.



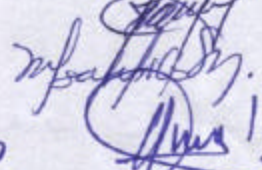
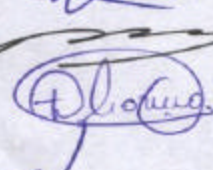
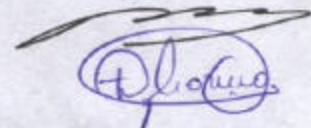
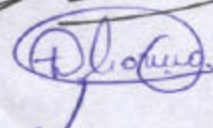

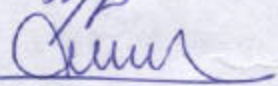
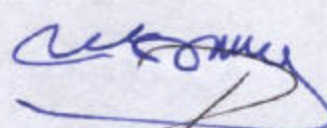
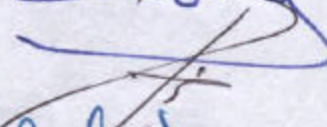
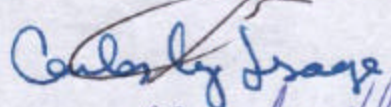
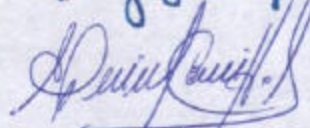


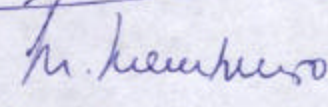
A continuación se recoge de forma fiel y luego de las discusiones y aclaraciones respectivas, los planteamientos de los participantes:

- a) El nombre del proyecto no era coherente con su contenido. El proyecto no se limitó a los hospitales, sino que benefició también otras áreas (atención primaria, etc.).
- b) En la actualidad es muy difícil determinar con cierto rigor metodológico, en el logro de algunos resultados del proyecto, el grado de contribución hecha que es imputable al Programa con financiamiento del BID o al del Banco Mundial. Esto es dado que las dos operaciones se circunscribían en el Programa de Modernización del Sector Salud en el MINSA.
- c) No se logró una complementariedad satisfactoria entre el Proyecto del BID (1027/SF-NI) y el Proyecto del Banco Mundial (Crédito 3084-NI) dentro del MINSA, debido a que los objetivos de cada proyecto y los procedimientos de cada banco no eran los mismos.
- d) El proyecto fue ambicioso en su diseño. Con relativamente pocos recursos se propuso introducir mejoras en múltiples áreas del sector salud.
- e) La Unidad Ejecutora del proyecto funcionó como otro Ministerio de Salud dentro del MINSA.
- f) La experiencia demostró que el SAAS (Sistema Alternativo de Abastecimiento de Suministros) no debió ser concebido como un sistema "alternativo", sino como un sistema "complementario": con él se compraban medicamentos muy caros, que no era posible adquirirlos con los fondos del Tesoro.
- g) No tiene sentido comprar medicamentos que son monopolizados por una única firma farmacéutica al nivel mundial, mediante un sistema de licitación abierta.
- h) El MINSA debe mejorar sus mecanismos para la compra de equipos. Deberán dedicarse esfuerzos a la captación de recursos para el mantenimiento de los equipos ya existentes en los hospitales.
- i) Fue positivo el método de introducir las mejoras en la gestión de hospitales a partir de su experimentación previa en los hospitales "piloto" y su posterior replicación en el resto

de hospitales. Positiva fue también la figura del "agente de cambio", como asistente técnico de los directores de los hospitales.

j) Las mayores debilidades del proyecto residieron en las actividades de apoyo a los sistemas de información del Ministerio. Tales debilidades fueron el resultado de las limitaciones técnicas de estos sistemas y de la incapacidad de las personas que, estando al frente de los mismos, no fueron capaces de acoger las críticas y recomendaciones que se les formularon oportunamente.

Participantes en el Taller de Cierre del 1027/SF-NI
MINSABID, 29 de mayo del 2006.

<u>Nombre y apellidos.</u>	<u>Institución</u>	<u>Firma.</u>
1- Diego A. Calvo	SILAIS Chontales	
2- Eliseo Arauz P	MINSAB	
Marina Isabel Ariles Mairuma	MINSAB/Planificación	
Juanón Membrero Idrogoza.	MINSAB/Recursos Humanos	
Roberto Jirón C.	MINSAB/HIMR	
Dinorah Corea Pereira.	MINSAB - I Nivel	
Mauricio Duarte Hernandez	MINSAB-DGPD	
Norman Sum R.	MINSAB-DIR	
Maria M. Adrogue	adquisiciones	
Rodolfo Cerna Ojeda.	DGPD	
Carlos Cruz Lesage	DGPD	
Edmundo Quintanilla	Bid.	
Ramiro López R.	Dir. Hospitales	
Humberto Román S.	D. r. Hospitales	
Marcos Membrero Idrogoza	Consultor del BID Proyecto 1027/SF-NI	

TALLER DE CIERRE
PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DEL MINSA
BID 1027/SF-NI

Fecha: Lunes 29 de mayo de 2006
Hora: 14:00- 17:00 horas
Local: Salón de reuniones de Proyecto PRONICASS, en el área que ocupa CEMED y ENIM, frente al Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"

Agenda

14:00 – 14:15	Inscripción
14:15 – 14:30	Introducción al taller, objetivos y aspectos metodológicos.
14:30 – 15:00	Presentación de cumplimiento de indicadores del Proyecto desde el punto de vista del MINSA.
15:00 – 15:10	Comentario del BID al cumplimiento de los indicadores.
15:10 – 15:40	Debate al cumplimiento de los indicadores.
15:40 – 16:00	Receso.
16:00 – 16:10	Presentación de las lecciones aprendidas desde la óptica del MINSA.
16:10 – 16:20	Presentación de lecciones aprendidas desde la óptica del BID.
16:20 – 16:45	Debate acerca de Lecciones aprendidas.
16:45 – 17:00	Conclusiones del Taller

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID

OBJETIVO DE DESARROLLO 1º	LOGRADO	COMENTARIO
1.1 CAPACIDAD: Marco de políticas públicas del GoN para el Sector Salud aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa	1.1 - Política Nacional de Salud 2004-2015 elaborada. -Plan Nacional de Salud 2004-2020 formulado. - Plan Quinquenal de Salud 2005-2009 aprobado. - Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud definido.	
1.2 CAPACIDAD: Nuevo marco regulatorio define el papel de las instituciones de salud, la red hospitalaria y las instancias de supervisión y acreditación aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa.	1.2 – Ley General de Salud y Reglamento promulgados. -Ley de Organización, competencias y procedimientos del Poder Ejecutivo aprobada. - Propuesta de reestructuración y definición de sistema de gestión en proceso. - Nombrados 5 nuevos Directores Generales.	

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID

OBJETIVO DE DESARROLLO 1º	LOGRADO	COMENTARIO
1.3. EFICIENCIA: Porcentaje de presupuesto asignado al MINSA que se ejecuta en el ejercicio fiscal incrementa de menos de 60% en 1998 hasta 90% al finalizar el Programa.	1.3 – Ejecución presupuestaria de 77% en 1999 a 95% en 2004 y 97.25% en 2005. - Mejor calidad ejecutoria de normas y rendiciones en SILAIS y Hospitales.	Cómo se podría medir la mejoría en calidad ejecutoria de instancias territoriales?
OBJETIVO DE DESARROLLO 2º	LOGRADO	COMENTARIO
2.1 30% usuarios perciben cambio favorable en la prestación del servicio (1998 – 2004)	2.1 – Más de 80% promedio de satisfacción en hospitales pilotos y en sub-proyectos de FONMAT según encuestas de usuarios.	Porcentajes de satisfacción varían de un sector a otro y de un componente a otro del proyecto dependiendo del universo de usuarios.

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID

OBJETIVO DE DESARROLLO 2º	LOGRADO	COMENTARIO
<p>2.2 Al menos 80% de proveedores del Proyecto (Hospitales y FONMAT) cumplen con los protocolos oficiales de al menos 3 patologías prevalentes.</p>	<p>2.2 – 9 Protocolos oficiales de 3 principales patologías materno – infantil elaborados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento para monitoreo de su aplicación disponible. - El 100% de proveedores lo aplican. 	<p>Se puede explicar la calidad de su aplicación. Hay evidencias?</p>
<p>2.3 Tasa de infección hospitalaria en los 6 hospitales piloto del Programa (PMSS) se reduce en 10% entre 2003 y 2004 (al momento de la evaluación del programa)</p>	<p>2.3 – Tasa de infección no disminuyó. En algunos casos aumentó.</p>	<p>Sólo en uno de los seis hospitales piloto disminuyó (datos?). Este indicador no se controlaba sino hasta luego de iniciar el programa (PMSS).</p>

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID

OBJETIVO DE DESARROLLO 3º	LOGRADO	COMENTARIO
3.1 Aumento de la tasa de parto institucional de 22% en 1998 a 40% en 2004 entre la población beneficiaria del proyecto. Aumento de esta tasa de 8% en 1998 a 16% en 2004 entre población indígena beneficiaria.	3.1 - En PGs de FONMAT (48 municipios) la tasa fue del 41.1% entre beneficiarias. - 38% entre población indígena.	
3.2 Aumento de tasa de cobertura de atención prenatal oportuna (primer trimestre del embarazo) de 29% en 1998 hasta al menos 35% en 2004 entre población beneficiaria.	3.2 - En PGs de FONMAT (48 municipios) la tasa fue del 31.4% entre beneficiarias	Tasa de mortalidad materna en los 20 PGs pasó de 46 casos en 2000 a 37 casos en 2004.

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID

OBJETIVO DE DESARROLLO 3º	LOGRADO	COMENTARIO
3.3 Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de 1 año del 22% a 65% en la población beneficiaria.	3.3 - En PGs de FONMAT (48 municipios) la tasa fue del 85% entre la población beneficiaria.	Entre los 20 PGs el número de muertes infantiles pasó de 461 casos en el 2000 a 466 casos en 2004. Cómo se explica esto?

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO

MEMO DEL BID. LECCIONES APRENDIDAS

LECCIONES APRENDIDAS:

- **DISEÑO:** Variedad de objetivos vs. baja coherencia. Modernización gerencial vs. Incentivos de inversión. Variedad de componentes en una sola modalidad de operación.
- **INSTITUCIONAL:** Demanda un enfoque gradual y multifase? UEP No apropiación?
- **IMPLEMENTACIÓN:** Débil articulación del proceso gerencial y del monitoreo y seguimiento del desempeño del Proyecto, dada su baja coherencia y modalidades?

SOSTENIBILIDAD: QUE ACCIONES, SERVICIOS Y/O PRODUCTOS DEBERÍAN SEGUIR SIENDO SOSTENIBLES Y POR CUÁNTO TIEMPO PARA LA PERDURABILIDAD DE LOS EFECTOS? MAIS, MARCO...?

INSTITUCIONAL:

RECURSOS FINANCIEROS:

DEMANDA:

CALIDAD DE SERVICIO:

INFORME DE CIERRE DE PROYECTO MEMO DEL BID

MUCHAS GRACIAS

Taller de cierre de Proyecto

Modernización de la red
hospitalaria

BID 1027-SF/NI

The background of the slide is a solid blue color. In the bottom right corner, there are several sets of concentric circles, resembling ripples in water, rendered in a lighter shade of blue. These circles are of varying sizes and are positioned in a way that they appear to be spreading out from the right edge towards the center.

Datos Generales

- **Nombre del Proyecto:** Modernización de la red hospitalaria del Ministerio de Salud.
- **Número del proyecto:** NI0024
- **Número de Préstamo/CT:** 1027/SF-NI
- **Nombre del Organismo Ejecutor:** Ministerio de Salud

Componentes del Proyecto

Componentes	Montos		Porcentajes	
	Inicial	Ejecutado	Inicial	Ejecutado
Gestión hospitalaria y mejoramiento de la infraestructura				
Fortalecimiento de la capacidad del MINSA				
Fondo para una Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT)				
Apoyo al Fondo Social Suplementario				
TOTAL				

Objetivos de Desarrollo

- **Eficiencia y Capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas, y proveer servicios mejoradas.**
- **Calidad de la provisión de servicios de salud y de la atención médica y satisfacción del usuario aumentadas.**
- **Cobertura con equidad de la provisión de servicios de salud materno-infantil ampliada.**

Análisis del cumplimiento de indicadores



Eficiencia y Capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas, y proveer servicios mejoradas

- **CAPACIDAD: Marco de políticas públicas del GoN para el Sector Salud aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa**
 - Política Nacional de Salud 2004-2015 Plan Nacional de Salud 2004-2015 en mayo y septiembre de 2004.
 - Modelo de Atención Integral en Salud
- **CAPACIDAD: Nuevo marco regulatorio que define el papel de las instituciones de salud, la red hospitalaria y las instancias de supervisión y acreditación aprobado y vigente al final de la ejecución del Programa**
 - Ley General de Salud (Ley No. 423) y su Reglamento mediante Decreto 1-2003. Ejecutado el Plan de Capacitación sobre la Ley General de Salud y su Reglamento 1013 personas capacitadas en los 17 SILAIS del país.
 - Normas técnicas para regular el financiamiento de enfermedades de alto costo, atención de emergencias, accidentes de tránsito, rol del SILAIS, Modelo de Atención Integral en Salud

Eficiencia y Capacidad institucional del MINSA para formular y ejecutar políticas, gestionar programas, y proveer servicios mejoradas

- **EFICIENCIA.** Reestructurado funcionalmente el MINSA para apoyar de autogestión hospitalaria
 - Reorganización del MINSA en función de la conducción de las futuras operaciones mediante un análisis sistémico de la institución (sistemas, procesos, procedimientos, actividades y tareas).
 - Elaborados los sistemas, descrito sus procesos y procedimientos.
 - Se ha elaborado la propuesta de Modificación al Reglamento de la Ley 290, que incluye los ajustes requeridos para la reorganización institucional.
- **Mejorada la calidad de la ejecución presupuestaria en la 52 Unidades ejecutoras del MINSA.**
 - Elaboradas normas de ejecución presupuestaria.
 - Mejorada la calidad de la ejecución en las 52 Unidades Ejecutoras (cumplimiento en la normas de ejecución presupuestaria y la rendición oportunas de los recursos recibidos).
 - Reconceptualizado el sistema automatizado de gestión financiera, a la luz de los del proceso de descentralización de la gestión.
 - Mejorada la capacidad de ejecución financiera del Ministerio pasando de un 77 % en el año 99 a un 97% en el año 2004.

Calidad de la provisión de servicios de salud y de la atención médica y satisfacción del usuario aumentadas

- **Al menos 30% de los usuarios perciben un cambio favorable en el período de 1998 hasta 2004 en la prestación de servicios apoyados por el proyecto.**
 - En el HIMJR pasó de 68% (LB) a 77% en 2004. En HAN" pasó de 75% a 90% en 2004. Disminución de abandonos en más del 40% en ambos hospitales.
- **Al final de la ejecución del Programa, al menos un 80% de los proveedores apoyados por el Programa (hospitales y FONMAT) cumplen con los protocolos oficiales de al menos 3 patologías prevalentes en cada unidad**
 - Elaborados 9 protocolos hospitalarios, 3 para atención integral entre el I y II nivel de atención de las principales patologías materno infantil, 20 para la atención a las emergencias obstétricas y neonatales en I nivel.
 - Desarrollado instrumento de monitoreo de protocolos aplicado por CURIM.
- **Tasa de infección hospitalaria en los 6 hospitales piloto del Programa (PMSS) se reduce en 10% en 2004 en relación a las de 2003**
 - Antes de la intervención los "Hospitales Pilotos" no controlaban el indicador.
 - Se realizó la definición de caso en 2001 y se cuenta con sistema de registro adecuado de los casos por servicios en los 6 hospitales piloto a partir de 2003.
 - La tasa de infección en el hospital infantil por ejemplo pasó de 5.3% en el 2003 a 4.7% en el 2004 (12% de reducción).

Cobertura con equidad de la provisión de servicios de salud materno-infantil ampliada

- **Aumento de la tasa de parto institucional de 22% en 1998 a 40% en 2004 entre la población beneficiaria del proyecto. (Aumento de 8% en 1998 a 16% en 2004 entre la población INDIGENA beneficiaria).**
 - En los 20 PG se logró coberturas de 41.1%.
 - En PG con población mayoritariamente indígena se logró 38%.
- **Aumento de la tasa de cobertura de atención prenatal oportuna (durante el primer trimestre del embarazo) de 29% en 1998 a al menos 35% en 2004 la población beneficiaria del proyecto.**
 - En los 20 PG's la cobertura fue de 31.4%.
 - En los PG con 5 años de desarrollo la cobertura fue de 39%.
- **Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de 1 año del 22% a 65% en la población beneficiaria al cabo del proyecto.**
 - La cobertura de atención a menores de 1 año es de 85%.

Indicadores de resultado

- *Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua.*
- *Plan piloto de rehabilitación de la infraestructura y equipamiento de dos hospitales de Managua implementado.*
- *Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada.*
- *Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT) establecido y operando .*
- *Dos proyectos de reforma del MINSA en el Fondo Social Suplementario ejecutados*

Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua

- Planes estratégicos y sistema interno de inventario y distribución de insumos médicos implementados en el año 4 de ejecución del Programa.
 - Se han elaborado planes estratégicos desde el año 2002 con horizonte de 5 años, se evaluación y ajuste anual.
 - A través del SAAS se han elaborado e implantado herramientas para el control de los insumos médicos en las unidades. Dichas herramientas han mostrado buenos resultados para el control de inventario.
- Programa de gestión ambiental y plan de mantenimiento preventivo implementados en el año 5 de ejecución del Programa.
 - Se capacitaron 90 recursos en gestión ambiental y se diseñaron las Normativas para la organización de la Unidad de Gestión Ambiental , considerada en la reorganización del MINSA como un órgano staff de la Dirección Superior.
 - Se encuentra en fase de prueba en dos hospitales el sistema de mantenimiento, herramienta informática compatible con SIMINSA que permite la vinculación de los planes de mantenimiento preventivo, con presupuesto y la contabilidad patrimonial.

Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua

- **Programa de garantía de la calidad implementado en el año 4 de ejecución del Programa**
 - Implementados Planes de Mejoramiento Continuo de la Calidad para todos los servicios del hospital con énfasis en la crítica, lo que ha permitido mejora en los indicadores de mortalidad materna e infantil en ambos hospitales.
 - Se evalúan anualmente por la Dirección II NA a través de los Compromisos de Gestión.
- **340 recursos de enfermería entrenadas y certificadas en gestión y calidad en hospitales piloto y tutelados al final de la ejecución del Programa.**
 - Capacitadas 350 enfermeras en gestión clínica, gerencia, nivelación de la práctica profesional, epidemiología hospitalaria, manejo de antisépticos-desinfectantes, manejo adecuado de los desechos sólidos hospitalarios y manejo del expediente clínico
- **Los sistemas de contabilidad de los dos hospitales piloto de Managua registran los ingresos y gastos por los servicios diferenciados en cuentas separadas, incorporado en el módulo financiero al final de año 5 de ejecución del Programa.**
 - El nuevo sistema de administración financiera que implanta el Ministerio de Salud lo contempla. Ya está funcionando en la Mascota y en implantación en Granada (hospital) Masaya (SILAIS y Hospital). Recientemente en mes de Marzo inició la consultoría internacional para el desarrollo de un sistema de contabilidad de costos.

Plan de modernización de la gestión hacia el desarrollo de la autogestión hospitalaria implementado en dos hospitales piloto de Managua

- Para el final de la ejecución, 2 hospitales piloto cumplen con los criterios de habilitación de infraestructura y equipos.
 - Las inversiones en infraestructura y equipo fueron orientadas a cumplir los estándares de habilitación.

Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada.

- Sistema de información "SIMINSA" implementado con los módulos producción de servicios en 6 hospitales y 4 SILAIS y los módulos abastecimiento en todos los hospitales y SILAIS del país al finalizar el programa. Administración financiera en los 17 SILAIS y 6 hospitales. Módulo de costos y facturación desarrollado y en pruebas Beta en al menos 1 hospital al final de la ejecución del Programa.
 - El sistema de información se encuentra instalado y operando en sus módulos de abastecimiento en los hospitales y SILAIS del país. El de producción de servicios opera en las unidades piloto con diversos grados de implantación. El módulo de costos y facturación está en proceso de desarrollo .
 - Una evaluación integral del sistema se está ejecutando en la actualidad para decidir los ajustes necesarios tanto en los registros primarios como en las plataformas informáticas y de comunicaciones.
- PLANIFICACIÓN BASADA EN RESULTADOS DESCONCENTRADA. 25 funcionarios del nivel central y 500 de SILAIS capacitados en el módulo de planificación "SIPLA" y utilizan dicho sistema para la formulación del presupuesto, al final de la ejecución del Programa.
 - Se ha capacitado a todas las unidades ejecutoras (SILAIS, incluyendo sus municipios) en el proceso de planificación operativa que vincula financiación con resultados por programas. Durante cuatro años se ha efectuado la programación y formulación del presupuesto anual del MINSA, con la participación de los centros de salud municipales, los SILAIS y los Hospitales. Este proceso permite vincular el financiamiento a las metas físicas (resultados) y a las prioridades sanitarias de cada territorio.

Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada.

- **GESTIÓN FINANCIERA DESCONCENTRADA.** Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA) implementado y funcional en el nivel central y el Módulo de financiero del SIMINSA implementado en 17 SILAIS y 6 Hospitales al final de la ejecución del Programa.
 - SIGFA operando en el MINSA Central.
 - El Módulo Administrativo Financiero del SIMINSA operando en 6 hospitales piloto y 4 SILAIS.
- **Reconfiguración y cartera de servicios de la Red hospitalaria de Managua aprobada al final de la ejecución del Programa.**
 - Realizada y aprobada la reconfiguración y la cartera de servicios de la red de hospitales de Managua. Este proceso ha sido integradizo para su implementación en el proceso de reorganización de la red de servicios del SILAIS Managua (I-II nivel de atención) ya iniciada.
 - El Ministerio de Salud cuenta actualmente con una propuesta de tipificación de sus unidades a nivel nacional que facilita la articulación nacional de los servicios hospitalarios

Capacidad del MINSA para formular políticas y planes sectoriales y para gerenciar la red hospitalaria mejorada.

- COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA REFORMA. Al final de la ejecución del Programa, al menos 30% de los beneficiarios encuestados han recibido los mensajes clave de la reforma, promoción de la salud y prevención.
 - Se contrató la producción de piezas necesarias para la ejecución de la Estrategia de Comunicación Social. Se inició la implantación de la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS), en la que se ha priorizado las acciones de promoción de la salud y prevención de 8 enfermedades, entre las que se destacan el dengue, la malaria, la EDA, las IRAs, la desnutrición, etc.
 - Se han logrado importantes acciones de movilización social alrededor de la promoción de la salud, con la participación de líderes comunitarios y habitantes de las zonas rurales y urbano marginales.
- 376 profesionales de la salud separados de la nómina del MINSA y remunerados al final de año 2 de ejecución del Programa, y 1,700 trabajadores inactivos separados de la nómina del MINSA al final de la ejecución del Programa.
 - En la Fase I del Plan de Retiro Voluntario se separaron a un total de 376 profesionales de la salud
 - En la II Fase del PRV (denominado Plan de Retribución Única, Total y Definitiva), se retiró a un total de 1,700 de pasivos.

Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT) establecido y operando

- 20 proyectos de atención materno-infantil financiados y en marcha para 94,000 mujeres y 72,000 niños para el final de la ejecución del Programa
 - 20 proyectos que brindaron atención materno infantil a 112,667 mujeres y 118,118 niños al final del proyecto
- Rubro de compra de servicios establecido en el presupuesto de gastos del MINSA y canaliza los recursos de contrapartida del FONMAT a partir del año 5 de ejecución del Programa.
 - Se establece en el presupuesto 2005, como rubro 248, “Retribución por compra de servicios de Salud”.
- Al menos 1 proveedor privado sub-contratado para la provisión del paquete de servicios de nivel primario en 1 proyectos del FONMAT al final de la ejecución del Programa.
 - No se realizó la contratación del proveedor privado

Dos proyectos de reforma del MINSA en el Fondo Social Suplementario ejecutados

- 36 equipos de salud constituidos por 180 trabajadores reciben bonificaciones en el marco de un programa de evaluación del desempeño al final del año 3 de ejecución del Programa.
 - Firmados compromisos de gestión 6 hospitales y 6 C/S piloto con promedio de 15 y 4 equipos de trabajo respectivamente que suscribieron AGI.
 - Producto de la evaluación de éstos se han hecho también reconocimientos institucionales y grupales. Participantes en entrega de bonos 1500.
- Sistema de abastecimiento alternativo de suministros establecido con protocolos terapéuticos en hospitales implementados al final del año 5; y sistema de compra de medicamentos estandarizado establecido y operando al final de año 5 del Programa.
 - Metodología para la elaboración de protocolos basados en evidencias científicas, incluida evaluación por CURIM.
 - Definidos los protocolos (12) para las principales enfermedades que se atienden.
 - Producto de la evaluación del componente de adquisiciones y distribución del SAAS se decidió impulsar la distribución basada en un distribuidor primario cuyas funciones serán cumplidas por el CIPS.
 - Dotadas las unidades piloto de herramientas de farmacias modernas para facilitar el almacenamiento y protección de los fármacos y de sistemas de unidades en 6 hospitales piloto para garantizar seguridad y evitar desperdicios de medicamentos.
 - Se diseñó e implantó el manual de control interno de insumos el cual está funcionando en el país y apoya efectivamente su control.

Lecciones aprendidas



Gestión de Proyectos

➤ **Análisis de gestión**

- Se realizó comunicación constante y fluida con la representación del BID, lo cual hizo que se buscara de forma ágil la mejor solución y que esta se aplicara en forma oportuna.
- Otra fue la realización de misiones conjuntas con los organismos que financiaban la operación del programa de modernización (BID, Banco Mundial, NORAD) para analizar el avance y buscar soluciones conjuntas.

➤ **Lecciones aprendidas sobre gestión de proyectos**

- Se debe realizar un acompañamiento en cuanto a fortalecimiento institucional para evitar la dependencia de una UCP que se considera extraña a la institución a la que pertenece y que no agrega valor a la misma al llevarse la experiencia adquirida cuando el proyecto concluye.

➤ **Fortalecimiento logrado por el proyecto en el país**

- La capacidad de programación presupuestación a nivel local (Centros de salud municipales y Hospitales) y regional (SILAIS)
- Capacidad gerencial a nivel hospitalario y de los proveedores gestores, incluida la evaluación del desempeño institucional basado en los compromisos de gestión y acuerdos internos de gestión.
- Capacidad de emplear nuevos mecanismos de asignación y formas de pago por servicios en función de grupos priorizados de la población.

➤ **Fortalecimiento logrado por el proyecto en el Organismo Ejecutor**

- Capacidad de gestionar un proceso de extensión de cobertura a nivel nacional basado en nuevos mecanismos de pago a través del empleo de cuasi contratos como son los compromisos de gestión frente a un financiamiento por presupuesto histórico.
- Capacidad de planificación a nivel central y local en forma integrada física financiera frente a una disociación histórica entre metas y recursos financieros.
- Capacidad de gestión de establecimientos complejos como los hospitales.

• **SOSTENIBILIDAD**

- **Análisis de causas de raíz que afectan negativamente.**
 - Las condiciones económicas del país, que está saliendo de una crisis económica marcada por baja producción y elevado endeudamiento.
- **Análisis de causas de raíz que contribuyen favorablemente.**
 - Los éxitos logrados y las lecciones aprendidas en el desarrollo del proyecto hacen que el personal involucrado y los equipos de trabajo de otras unidades que han observado los resultados y comentado acerca de los mismos, impulse con motivación las diferentes tareas, aún en condiciones de escasez de recursos.
- **Lecciones aprendidas (medidas adoptadas).**
 - La construcción de un enfoque sectorial en salud para coordinar a los cooperantes, alinearlos en función de las prioridades y objetivos de la institución y armonizar los procedimientos administrativos y financieros en la medida de lo posible, garantizando el fortalecimiento institucional para conducir todo el proceso.
- **Lecciones aprendidas (medidas alternativas).**
 - La articulación de los proyectos y programas de cooperación con las políticas y prioridades sectoriales.

➤ **Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas adoptadas)**

- El hecho que el proyecto haya respondido a las políticas institucionales y se haya integrado a un programa de modernización ejecutándose conjuntamente con otro proyecto del Banco Mundial hizo indispensable la integración cada vez mayor con las estructuras del Ministerio (organismo ejecutor) hasta ser asumidas las funciones en conjunto UCP- Org.Ej, institucionalizándose el programa de modernización en su totalidad.

➤ **Lecciones aprendidas para la organización y funcionamiento de la UEP (medidas alternativas)**

- Realizar el fortalecimiento del organismo ejecutor para que asuma de mejor manera sus funciones.