

MODERNIZACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL MINSA

(NI-0024)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO: Gobierno de Nicaragua

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSA)

MONTO Y FUENTE:

BID (FOE):	US\$48,6 millones
Financiamiento local de contrapartida:	<u>US\$ 5.2 millones</u>
Total:	US\$53,8 millones

PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:

Plazo de amortización:	40 años
Período de desembolso:	4 años
Tipo de interés:	1% durante los primeros 10 años, 2% en lo sucesivo
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,5% anual sobre el saldo no desembolsado

OBJETIVOS:

El objetivo es incrementar el nivel de salud de los nicaragüenses de ingresos bajos mejorando la eficiencia, calidad y equidad del sistema de salud. Ello se logrará de la siguiente manera: i) modernizando las estructuras de administración, los sistemas de apoyo y las prácticas clínicas y perfeccionando a la vez la infraestructura y equipos en los hospitales; ii) fortaleciendo la capacidad institucional del MINSA de administrar y asignar sus recursos financieros, recopilar y analizar información y proporcionar apoyo técnico y administrativo a su red de hospitales; iii) ampliar la atención maternoinfantil hacia las poblaciones con acceso escaso o nulo a los servicios básicos; iv) reformar las modalidades de dotación de personal del MINSA y apoyar el pago de incentivos a los equipos de salud según su desempeño, y v) promover la eficiencia en la adquisición y distribución de medicamentos y suministros médicos.

DESCRIPCIÓN:

El proyecto consta de cuatro componentes:

1. Modernización de la gestión administrativa hospitalaria y mejoramiento de la infraestructura (US\$16,9 millones). Este componente tiene como objetivo transformar los dos hospitales del MINSA

en instalaciones modelo administrados en forma autónoma y empleando modernos mecanismos y tecnologías de gestión. El financiamiento de servicios de consultores, capacitación, cursillos prácticos, estudios especiales y giras de estudio comprendidos en este subcomponente permitirá apoyar acciones en varias áreas funcionales y programáticas con el fin de mejorar la gestión financiera, el buen gobierno, la administración, los sistemas de apoyo, la organización clínica y la calidad de la atención. Basado en un plan funcional, en el que se especifica el papel de cada hospital en el marco de una red regional y se definen los servicios que se entregarán dadas las limitaciones de espacio, de recursos humanos y de otro tipo, este componente permitirá también prestar apoyo a inversiones en rehabilitación y equipamiento médico. Estas últimas están vinculadas a la realización de reformas en la administración y mejoras en los sistemas financieros y clínicos.

2. Fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud de apoyar el funcionamiento hospitalario (US\$15,9 millones). Este componente permitirá reforzar las funciones iniciales institucionales, normativas y administrativas en el ámbito de los niveles centrales del MINSA que apoyarán y facilitarán la organización y puesta en práctica de las acciones posteriores en los hospitales apoyadas por el primer componente. Incluyen lo siguiente: gestión financiera y de recursos humanos, supervisión y evaluación, establecimiento de un proceso de acreditación y el correspondiente marco normativo, puesta en práctica de los sistemas de información, y formulación de planes de comunicaciones y promoción. Ello se logrará mediante el financiamiento de servicios de consultores, capacitación, cursillos prácticos, giras de estudio y equipamiento y materiales para el sistema de información. El componente además permitirá racionalizar las modalidades de dotación de personal, contribuyendo así a alcanzar una óptima combinación de especialidades entre el personal profesional y a la reducción de los costos relacionados con el personal. Ello se hará apoyando un plan voluntario de indemnización por despido que financie la compensación monetaria a los médicos, funcionarios administrativos y trabajadores no profesionales que representen exceso de personal.

3. Fondo para una maternidad e infancia seguras (FONMAT) (US\$9,2 millones). Este componente permite poner en práctica un programa piloto según el cual se proporcionará un conjunto de servicios integrados y eficaces en función de los costos cuyos beneficiarios son mujeres embarazadas y niños con niveles bajos de ingresos; a la vez, introduce un sistema de pago orientado a los resultados y que otorga incentivos para que se llegue a la población de difícil acceso, se entregue atención de salud de calidad y se establezcan sólidos nexos de remisión de pacientes entre las unidades de atención primaria y los hospitales. El componente permitirá financiar tres grupos de actividades: i) el costo individual del conjunto de servicios; ii) los costos iniciales de los prestadores de los servicios, y iii) asistencia técnica y capacitación dirigida a los prestadores de los servicios y las unidades territoriales del MINSA (Sistemas locales de atención integral de salud -SILAIS) responsables del seguimiento y la supervisión.
4. Apoyo al fondo social suplementario (FSS) (US\$9,3 millones). Este componente prevé apoyar la acción del gobierno para aumentar el gasto per cápita en salud mediante el financiamiento de tres actividades específicas a través del FSS, que es administrado por el gobierno: i) un plan de incentivos en dinero dirigido a equipos de trabajadores de la salud en hospitales, unidades centrales del ministerio y otros servicios que participan en las actividades de modernización apoyadas por el proyecto; ii) primas de incentivo y capacitación que comporta la reasignación del personal de enfermería a zonas rurales subatendidas, y iii) la compra de medicamentos y suministros básicos por medio de un sistema de adquisiciones y distribución reestructurado y determinado por la demanda. Se financiarán, además, gracias al componente, servicios de consultores y labores de capacitación en apoyo de estas actividades.

RELACIÓN DEL
PROYECTO CON LA
ESTRATEGIA
SECTORIAL Y DE
PAÍS DEL BANCO:

Perfeccionar el capital humano y reducir la pobreza son prioridades de la estrategia del Banco para Nicaragua. El proyecto también adelanta la agenda del Banco fortaleciendo los marcos jurídico e institucional, dando continuidad al programa de modernización del MINSA y apoyando la atención de salud preventiva con participación pública y privada (párrafo 1.22).

ANÁLISIS

AMBIENTAL/SOCIAL:

Las actividades de infraestructura del proyecto están limitadas a la rehabilitación y equipamiento de dos hospitales, y se prevé que no tendrán efectos ambientales negativos. Los hospitales que reciben financiamiento del proyecto deberán establecer sistemas y programas de capacitación para la gestión de los desechos. Puesto que los sistemas municipales carecen de infraestructura para un tratamiento adecuado, el proyecto propone financiar la rehabilitación de la infraestructura y la instalación de equipos y sistemas para el tratamiento "autónomo" de los desechos líquidos y sólidos (párrafo 4.4).

MINSA es el principal proveedor de atención de salud en Nicaragua, especialmente a los pobres. Los usuarios de ingresos bajos de los servicios del MINSA se beneficiarán también de las inversiones del proyecto en hospitales y medicamentos. FONMAT (componente III) está orientado a mujeres embarazadas y niños pequeños que residen en 46 municipios, donde más del 80% de la población vive en condiciones de pobreza extrema.

BENEFICIOS:

Los beneficios de salud incluyen la reducción de la mortalidad materna e infantil en una cifra estimada en 40% de los beneficiarios directos del FONMAT en los municipios elegidos como objetivos de la asistencia. La cobertura de atención prenatal, materna e infantil en los municipios señalados aumentará a 70% en relación con sus niveles actuales de 30%, 22% y 38%, respectivamente. La cobertura de la atención prenatal y materna en las poblaciones autóctonas elegidas como objetivos se incrementará de 10% a 40%. Todos los beneficiarios del FONMAT serán mujeres embarazadas y niños menores de un año. Los beneficios económicos incluyen una mayor eficiencia en la prestación de servicios y una disminución de la carga financiera de las familias pobres. La reducción de los costos de personal que se deriven de la iniciación de funciones del fondo de indemnización por despido liberará los escasos recursos con que cuenta el MINSA para la compra de los medios necesarios destinados a ampliar la cobertura. Los beneficios relacionados con la mejora de la calidad se derivarán del establecimiento de un proceso de acreditación, la ejecución de protocolos clínicos, la aplicación de programas de garantía de la calidad y la adopción de incentivos que recompensen a los que proporcionan los servicios por aumentar la calidad y la satisfacción de los pacientes.

RIESGOS:

Hay varios peligros que atentan contra la eficacia y la viabilidad del proyecto: i) la débil capacidad

institucional y la alta rotación del personal pueden impedir la ejecución del proyecto; ii) los déficit presupuestarios crónicos pueden poner en peligro la capacidad del gobierno de asumir los costos ordinarios y la responsabilidad financiera de la entrega directa de servicios; iii) la inacción en materia de gestión hospitalaria y de establecimiento de estructuras autónomas de ejercicio del poder son fallas que pueden reducir la vida útil de la infraestructura y el equipamiento en que se hayan hecho inversiones, y iv) la oposición de las organizaciones de trabajadores de la salud puede amenazar la eficacia del programa general de modernización. El proyecto incorpora varios aspectos y medidas cuyo objetivo es reducir al mínimo estos riesgos. Las medidas son las siguientes: i) integración de la coordinación del proyecto y la asistencia técnica en las unidades de línea del MINSA e introducción de un plan de pago de incentivos para los equipos de salud; ii) aplicación de un fondo de indemnización por terminación del servicio; iii) vinculación de los gastos en infraestructura y equipos médicos con la puesta en marcha de las reformas gerenciales de los hospitales, y iv) participación de los sindicatos de trabajadores y asociaciones profesionales en el desarrollo y ejecución del Programa de Modernización del MINSA (párrafo 4.15).

**CLÁUSULAS
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Como condiciones previas al primer desembolso del financiamiento, el prestatario deberá presentar pruebas al Banco de que ha creado, bajo la égida de la oficina del Viceministro, la Secretaría Técnica (CDT) y la Unidad Financiera Administrativa, y ha dotado de personal a dichas unidades según lo acordado con el Banco (párrafo 3.9).

La versión final del manual de operaciones del proyecto, que consiste en el reglamento de operación para cada uno de los componentes del proyecto excepto la segunda fase del fondo de indemnización por despido. El manual de operaciones deberá contener también la descripción de todas las funciones, actividades y procedimientos de la CDT y la UFA, así como de los comités específicos (según componentes) y decisorios (párrafo 3.13).

Condiciones específicas para los componentes:

El Banco desembolsará los montos del financiamiento para cubrir los gastos en que se incurra para compensar al personal cuyo empleo se dé por terminado por medio del fondo de indemnización por despido,

sólo ante presentación por el prestatario de pruebas de que las terminaciones tuvieron lugar de conformidad con el reglamento operativo y toda modificación aprobada previamente por el Banco. Esta disposición se aplicará también a los montos que puedan haberse facilitado para este fin de forma retroactiva, según se estipula en el párrafo 3.16.

**REDUCCIÓN DE LA
POBREZA Y
CLASIFICACIÓN
SOCIAL:**

Este proyecto cumple los requisitos para considerarlo una inversión orientada a combatir la pobreza, según se estipula en el documento del Octavo Aumento General de Recursos (GN-1964-3). El programa apoya la prestación de servicios de salud básicos específicamente a mujeres y a niños menores de un año en los municipios en que más del 80% de la población vive en condiciones de pobreza extrema. También está destinado específicamente también a las comunidades autóctonas de escasos recursos que habitan la Región Especial del Atlántico Norte. Las unidades familiares de ingresos bajos se beneficiarán directamente de las acciones del proyecto orientadas a mejorar la calidad de los servicios hospitalarios del MINSA, dado que éste atiende a más del 80% de la demanda de atención hospitalaria. El mejoramiento de la entrega de medicamentos y suministros médicos reducirá la carga financiera de las familias pobres (párrafos 4.8 a 4.11).

**EXCEPCIONES A
POLÍTICAS DEL
BANCO:**

Ninguna.

ADQUISICIONES:

Se requerirá una licitación pública internacional para la adquisición de bienes de un costo superior a US\$250.000 y de obras de un costo superior a US\$1 millón. Cuando los servicios de consultores tengan un costo superior a US\$200.000 deben publicarse avisos en *Development Business*. La contratación de los servicios de consultores para la gestión hospitalaria (componente Ia); fortalecimiento gerencial y reestructuración del MINSA (componente IIa) y FONMAT (componente III) se hará de conformidad con los procedimientos del Banco aplicándose el mecanismo de oferta pendiente (párrafo 3.15).

I. ANTECEDENTES DEL SECTOR DE SALUD 1/

A. Introducción

- 1.1 **Condiciones de salud.** Nicaragua es el segundo país con mayor índice de pobreza en América Latina. Sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de niños y mujeres son un reflejo de esa pobreza. La transición epidemiológica está en sus etapas iniciales en Nicaragua. La carga principal de la morbilidad aún es producida por infecciones agravadas por la desnutrición, que afectan a los más pequeños y que son la causa de una tasa de mortalidad infantil de 60 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna, actualmente de 163 por cada 100.000 nacimientos, es la más alta en la región, exceptuado Haití. En conjunto, la mortalidad infantil y materna contribuye a las muertes prematuras en el país en un 55%. Otro tercio se debe a las dolencias crónicas y el resto a los accidentes, la violencia y otros problemas sociales. Las enfermedades crónicas incipientes están concentradas en las zonas urbanas, en tanto que las zonas rurales, donde vive cerca del 75% de las personas extremadamente pobres, sobrellevan aún la carga de enfermedades infecciosas prevenibles.
- 1.2 **Organización del sector.** El Ministerio de Salud (MINSA) es el principal proveedor de servicios de atención de la salud en Nicaragua. Con una considerable red de 29 hospitales, 166 centros de salud y 690 dispensarios, el MINSA proporciona cerca del 60% de los servicios de salud ambulatorios y el 80% de los servicios hospitalarios requeridos por la población. En muchas zonas rurales el MINSA es el único proveedor de servicios de salud, y atiende más del 90% de la demanda. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) cubre alrededor del 2,3% de la población, pero no posee ni administra instalaciones o servicios de atención médica. Más bien alquila instalaciones privadas o del MINSA para ofrecer un conjunto estandarizado de servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Un sector privado de rápido crecimiento, concentrado en zonas urbanas, proporciona cerca del 20% de la atención ambulatoria, pero menos del 10% de los servicios hospitalarios. Hay establecimientos militares en los que se atiende el resto de la demanda de atención médica de la población.
- 1.3 **Progresos logrados durante la primera fase del programa de modernización del MINSA.** Desde 1993, el MINSA ha puesto en práctica varias medidas de reforma orientadas a descentralizar las responsabilidades administrativas y presupuestarias traspasándolas a 17 sistemas locales de atención integral de la salud (SILAIS). Éstos y los hospitales nacionales son responsables de administrar

1/ Los archivos técnicos contienen un breve panorama macroeconómico junto con un análisis en mayor profundidad de las condiciones de salud.

la parte correspondiente a los bienes y servicios del presupuesto del MINSA, lo que representa aproximadamente el 20% del gasto. El MINSA puso en práctica una fórmula de asignación de los recursos para computar la proporción de cada SILAIS del presupuesto de bienes y servicios. Desechando las extrapolaciones del presupuesto histórico determinadas en forma centralizada, el MINSA definió un algoritmo basado en el tamaño, acceso, tasas de utilización y perfiles epidemiológicos de la población para asignar esos recursos a los SILAIS. Cada SILAIS es responsable de establecer sus prioridades y programas. Estos cambios han dado como resultado una asignación más eficiente y equitativa de recursos, especialmente en el caso de los servicios de atención primaria de la salud.

- 1.4 A pesar de estos impresionantes cambios, mucho queda por hacer para mejorar y consolidar la planificación, asignación y utilización de los recursos. Otros mecanismos de asignación de recursos para hospitales y suministros médicos son menos sólidos o sólo se ponen en práctica parcialmente. El gobierno aún mantiene el control central de la mayor parte de las funciones, incluidos los recursos humanos, que representan casi las dos terceras partes del gasto. Más importante es el hecho de que el sistema de asignación de los recursos no está ligado al rendimiento. Finalmente, no existe apoyo legislativo a la iniciativa de descentralización, lo que plantea dudas acerca de la sostenibilidad de esta reforma.
- 1.5 En este capítulo se describen los principales factores estructurales y de organización que les generan desincentivos a las instituciones y a las personas dentro del sistema en cuanto a proporcionar servicios de buena calidad en forma eficiente y, en definitiva, obstaculizan la capacidad de los gobiernos de abordar las condiciones de salud esbozadas más arriba. Estos factores se clasifican en tres áreas: i) marco de políticas y entornos institucionales; ii) financiamiento y asignación de los recursos, y ii) sistema de entrega de servicios relacionados con la atención de salud.

B. Marco de políticas y entorno institucional

- 1.6 **Formulación fragmentada de políticas y responsabilidades superpuestas.** Las políticas y las iniciativas de reformas se formulan y ponen en práctica de manera ad hoc. Como el MINSA carece de una buena definición de las estructuras jerárquicas y de las atribuciones de las divisiones, las iniciativas de políticas asumen un carácter independiente y a menudo territorial que dan origen a programas fragmentados y a veces superposición de responsabilidades. Es común la duplicación de las funciones a través de todas las unidades de nivel central. Sin embargo, no está claro al interior del MINSA a quién corresponde la responsabilidad de supervisar o integrar la formulación y puesta en práctica de los procesos de modernización que afectan a sistemas fundamentales de entrega de los servicios. Por ejemplo, al menos

tres unidades del MINSA junto con los SILAIS y el Ministerio de Finanzas comparten la responsabilidad de las funciones administrativas, financieras y clínicas relacionadas con la red hospitalaria del MINSA. Hay reglamentos recientes que intensifican más aún la confusión. En resumen, la inexistencia de una política de modernización de los hospitales y el correspondiente marco jurídico y normativo contribuye a las deficiencias en la organización y prestación de los servicios hospitalarios.

- 1.7 **Inexistencia de normas.** No existen, o no se hacen cumplir, las normas de acreditación, códigos para la construcción de las instalaciones ni prácticas de seguimiento para asegurar que quienes presten servicios de salud cumplan normas mínimas de calidad. Algunos hospitales proporcionan servicios altamente especializados pero carecen de suficiente infraestructura, equipos adecuados o personal capacitado. Los hospitales pequeños practican operaciones quirúrgicas en condiciones no sanitarias. En muchos hospitales, las normas de administración de la atención médica y los protocolos de tratamiento son inexistentes, o se desconocen o pasan por alto. Como se sugirió anteriormente, la responsabilidad institucional de la acreditación no está clara. El INSS "otorga licencias" a los proveedores para que proporcionen un conjunto de servicios, cuando en efecto la responsabilidad legal de dicha función corresponde al MINSA. Además, el programa de licencias del INSS no evalúa sistemáticamente la estructura, el proceso ni los resultados de la entrega de los servicios de salud.
- 1.8 **Falta de información.** La escasez de información confiable para facilitar la planificación y la toma de decisiones aflige al sector de salud en todos los niveles. No se cuenta con información sistemática sobre los costos, número de casos, inventarios, características de la remisión de pacientes, calidad y resultados. Los pocos sistemas que existen son autónomos, usan tecnología obsoleta y producen información traslapada. La recopilación de datos en los servicios del MINSA es un proceso convertido en rutina, que responde a las exigencias de información de los niveles centrales y los donantes. Los administradores de los hospitales, SILAIS y unidades centrales del MINSA carecen de acceso a una información oportuna para medir el desempeño, evaluar la calidad, determinar las existencias o seguir la trayectoria del gasto.
- 1.9 **Deficiente administración de los materiales.** Los pacientes del MINSA informan que en los establecimientos pueden conseguir alrededor del 60% de los medicamentos recetados. En las zonas rurales es común que haya niveles aún más bajos de disponibilidad de medicamentos. Varios factores, como los déficit financieros, contribuyen a esta situación. La adquisición y distribución de los medicamentos y suministros médicos en el MINSA consiste en un conjunto de funciones descentralizadas pero fragmentadas que realizan distintas unidades, generalmente sin coordinación ni intercambio de información. El sistema de distribución y

mantenimiento de inventario administrado centralmente es costoso, lento e irregular, lo que induce a los servicios y a sus pacientes a comprar los productos que faltan en los comercios locales a precios muy inflados. El seguimiento y supervisión, así como la evaluación de la calidad de los productos son aspectos deficientes. En los hospitales mismos, los sistemas de inventarios y distribución están muy desorganizados. La inexistencia de protocolos terapéuticos y de información oportuna sobre las características del consumo de medicamentos es un factor que contribuye a que las prácticas relacionadas con las recetas, la programación y las adquisiciones sean defectuosas.

C. Financiamiento y asignación de los recursos

- 1.10 **Bajos niveles de financiamiento.** El gasto en salud en Nicaragua es uno de los más bajos de la región; alcanzó apenas a US\$50 per cápita en 1996. En ese mismo año el MINSA representó el 55% del gasto total en salud, en tanto que el sector privado, el seguro social y otros organismos estatales representaron el 32%, 10% y 4%, respectivamente. Desde 1990 el gasto del MINSA como porcentaje del gasto total en el sector ha disminuido en casi una tercera parte (de 84% a 55%). Más preocupante es la importancia cada vez menor del gobierno como fuente de financiamiento del MINSA. En 1996, el gobierno cubría apenas el 61% de los desembolsos totales del MINSA. El resto provino de subvenciones y préstamos de organismos bilaterales y multilaterales (32% del gasto total del MINSA) y, en menor medida, de ingresos derivados de cargos a los usuarios y de terceros (7%) ^{2/}. En 1996, el gasto no de capital financiado por el Estado permaneció en el 70% de los niveles de 1990. Especialmente afectados resultaron los desembolsos para medicamentos, materiales y suministros, que disminuyeron en dos tercios durante este período.
- 1.11 **Asignación inadecuada de los recursos y débil gestión financiera.** El MINSA ha realizado importantes avances en los últimos años en cuanto a fortalecer el gasto en la atención preventiva y promocional, pero los hospitales continúan consumiendo aproximadamente el 50% del gasto total no destinado a inversiones. Aunque la relación entre los gastos hospitalarios y los desembolsos totales del MINSA es aceptable en comparación con otros países de la región, se han planteado interrogantes con respecto a la eficiencia en la asignación de los gastos del MINSA en hospitales, dados los bajos niveles de ocupación (alrededor de 70%) y de productividad (véase más abajo) observados en ello. Además, combinando las oficinas administrativas centrales del MINSA y los SILAIS, los gastos generales consumieron un 14% del gasto total en 1996, que es un nivel elevado.

^{2/} La mayor parte de la ayuda internacional recibida por el MINSA es para inversiones de capital.

- 1.12 El presupuesto del MINSA no se usa como instrumento de políticas para asignar recursos ni para seguir de cerca el desempeño del programa. Las asignaciones hospitalarias se basan principalmente en tendencias históricas y no están vinculadas con el rendimiento ni los costos. Los organismos del gobierno central controlan casi el 80% del gasto en los servicios, hasta el punto de que los administradores de los hospitales no están al tanto de su presupuestos o del gasto total. Por ejemplo, el Ministerio de Finanzas mantiene el control central de todos los desembolsos destinados al personal, en tanto que la oficina principal del MINSA administra los desembolsos para medicamentos y materiales médicos. En el MINSA, la toma de decisiones concernientes a la asignación de los recursos está fragmentada. Las distintas unidades del MINSA elaboran su presupuesto cada una en forma independiente, y cada una aplica un criterio diferente. No hay en el MINSA una unidad financiera que supervise o siga la trayectoria de los ingresos, los gastos o la asignación de los recursos, o que evalúe la forma en que las asignaciones se vinculan con el desempeño.

D. Prestación de los servicios de atención de la salud

- 1.13 **Falta de equidad en el acceso y la cobertura de los servicios básicos.** El acceso a la atención básica es difícil en las zonas rurales, especialmente en las regiones montañosas y la remota costa atlántica. Mientras que el 60% de los nacimientos en conjunto se producen en instituciones, en las zonas rurales sólo el 42% ocurre en un establecimiento de salud. Las cifras de mortalidad materna, en la misma medida, son más altas en las provincias rurales: 432 por cada 100.000 nacidos vivos en Jinotega, por ejemplo, frente a 71 en Managua. La mayor parte de esas muertes se puede prevenir con una adecuada atención prenatal y durante el parto. Del mismo modo, el acceso a la atención de la salud infantil muestra una considerable variación interregional. El tratamiento institucional de la diarrea infantil, segunda causa de la mortalidad infantil, es de 25% entre los niños del sector rural y de 80% entre los niños de Managua. La mortalidad infantil en las zonas rurales es de alrededor de 70 por cada 1.000 nacidos, en tanto que la tasa en Managua es de cerca de 50 y en todo el país, próxima a 60. La falta de acceso se acentúa por los problemas que afligen a la red de atención primaria de la salud, como el deterioro de la infraestructura de servicios de salud rural, las altas tasas de desgaste y de rotación del personal, ejecución incompleta de los presupuestos asignados, débil capacidad administrativa, insuficiente supervisión y sistemas deficientes de suministro de elementos médicos.
- 1.14 **Falta de responsabilidad.** En los servicios e instalaciones del MINSA, no existen o no se hacen cumplir normas de desempeño (por ejemplo, calidad, productividad, cumplimiento de las normas y protocolos). No se sanciona a los que no se desempeñan debidamente (directores de hospitales, administradores, médicos, enfermeras,

etc.) y no se reconoce ni premia el buen desempeño. La administración hospitalaria tiene poca autoridad sobre el comportamiento y los hábitos de trabajo del personal. Esta situación contribuye a las deficiencias de la organización de la atención médica, lo que a su vez estimula un alto promedio de permanencia en los hospitales así como listas de espera e índices de ocupación de camas anormalmente voluminosos.

- 1.15 **Deficiente gestión y oferta de recursos humanos.** El MINSA, cuyo personal es de casi 23.500 empleados, es el empleador estatal más importante; representa cerca del 30% del número total de empleados públicos. Los sueldos son bajos, pero la desidia de los funcionarios representa un problema endémico, especialmente en los hospitales. Luego de aplicar las normas internacionales de productividad a los servicios de atención de salud del MINSA, se determina que los hospitales tienen una sobredotación de personal de 48% ^{3/}. Es el caso en particular de los médicos cuyo número sobrepasa las normas internacionales en cerca de 80%. En 1995 se estimó que el MINSA gastó US\$5,5 millones de más en personal (lo que representa el 12% del total del gasto en personal) en 29 servicios hospitalarios. Los médicos representaron más del 75% de este gasto excesivo, en tanto que los funcionarios administrativos y no profesionales constituyeron la mayor parte del porcentaje restante.
- 1.16 La composición del personal del MINSA pone el acento innecesariamente en los conocimientos especializados, lo que a su vez eleva los costos. En parte debido a la oferta excesiva de médicos, estos son los principales proveedores de atención de salud en los hospitales; representan el 98% de todo tipo de atención. Realizan muchas tareas que son más apropiadas para las enfermeras. A estas últimas se les asigna muy poca responsabilidad en el cuidado de los pacientes y no se las considera elementos fundamentales del equipo de atención de salud.
- 1.17 **Ineficiencia productiva.** La red del MINSA se enfrenta a la paradójica situación de una oferta excesiva de médicos combinada con una insuficiente oferta de servicios médicos. Los estudios demuestran que los médicos trabajan considerablemente menos que las ocho horas especificadas en sus contratos. La baja productividad es evidente en todos los niveles de la red del MINSA. En promedio, los cirujanos llevan a cabo menos de dos operaciones a la semana, los especialistas hospitalarios atienden menos de tres consultas de pacientes no hospitalizados al día, y los médicos internistas tienen contacto con seis pacientes al día en los dispensarios. Los médicos que eluden el trabajo causan un importante efecto de propagación en la productividad de otros funcionarios hospitalarios

^{3/} A pesar de los niveles ya elevados de personal, el número de empleados aumentó en 12% entre 1993 y 1996.

y, en última instancia, en la eficiencia y calidad de los servicios del MINSA, con la consecuencia de salas de emergencia abarrotadas de pacientes, prolongada permanencia de los pacientes y baja utilización de los quirófanos. Los bajos sueldos, inadecuadas prácticas de administración, falta de supervisión, deficiente organización clínica y estructuras de incentivos contra toda lógica influyen en esta situación. Las prácticas de contratación del MINSA, consistentes en añadir nuevos empleados en busca de un aumento del rendimiento total del sistema, más bien que aumentar los niveles de sueldos u ofrecer incentivos en dinero, han generado actitudes contraproducentes, como resultado de lo cual ha disminuido el rendimiento por trabajador.

- 1.18 **Red hospitalaria desintegrada.** En Managua, los hospitales se construyeron y los servicios clínicos se ampliaron de manera caprichosa, prestándose poca atención a las zonas de captación, a la demanda o a la capacidad técnica y física de una instalación de proporcionar servicios. Ello ha tenido como consecuencia la prestación de servicios superpuestos y fragmentados en los hospitales de "referencia". La inexistencia de normas de acreditación contribuye a la desorganización. La situación en los sistemas de remisión es en verdad caótica, ya que se hospitaliza al 75% de los pacientes que lo solicitan. Ello refleja la ausencia de protocolos de tratamiento así como la deficiente coordinación entre los hospitales y los proveedores de servicios primarios.
- 1.19 **Mantenimiento deficiente e infraestructura en deterioro.** Existen estudios que han demostrado que una proporción importante de equipo hospitalario no está en funcionamiento debido a la deficiencia de los sistemas de mantenimiento, escasez de repuestos, falta de capacitación y proliferación de equipos producidos por una gran variedad de fabricantes (respecto de lo cual no hay información técnica). Como en el caso de los costos ordinarios, el MINSA carece de planes o mecanismos para identificar las implicaciones que en materia de mantenimiento tienen sus inversiones de capital. La obsolescencia de la infraestructura se ha convertido en un problema de máxima importancia en la década de 1990. El deterioro de la infraestructura ha hecho cada vez más difícil para los servicios la tarea de proporcionar agua y electricidad, preservar los equipos y eliminar debidamente los desechos tóxicos.
- 1.20 **Baja calidad técnica.** Las evaluaciones de la organización clínica, del movimiento de pacientes y de las prácticas clínicas indican bajos niveles de calidad técnica en la atención médica que se ofrece en los hospitales del MINSA. Se pueden mencionar los siguientes problemas: se hace caso omiso de las normas de esterilización y de las áreas "esterilizadas"; existen múltiples historiales médicos de un mismo paciente; los historiales médicos son incompletos en cuanto a información sobre los pacientes, resultados de los exámenes de laboratorio y tratamientos; no hay familiaridad con los protocolos básicos de tratamiento; se observa

falta de idoneidad y experiencia para realizar tratamientos complicados; la atención de urgencia está a cargo de estudiantes de medicina sin supervisión; no existe un sistema de seguimiento y control relacionado con las infecciones intrahospitalarias.

E. Estrategias del gobierno

1.21 **Estrategias para el sector social y la modernización del Estado.** El gobierno ha presentado una estrategia social, conocida como "Inversión en nuestro mejor recurso." Consiste en tres componentes: i) promoción de un crecimiento económico sostenido y garantía de que las oportunidades económicas estarán al alcance de los pobres; ii) inversión en el capital humano de los pobres, y iii) establecimiento de una red de seguridad compuesta de bienes y servicios básicos, orientados a proteger a las personas en situación de pobreza crónica o transitoria. Al mismo tiempo, el gobierno procura mejorar la eficiencia del gasto público como un medio de generar ahorro para ampliar el acceso y elevar los niveles mínimos. El Plan de desarrollo nacional de 1996-2000 tiene como objetivo reformar el sector público, reduciendo el aparato del Estado y orientándolo a actuar más como ente fiscalizador y facilitador que como proveedor de servicios. El proyecto propuesto es consecuente con esos objetivos.

1.22 **Estrategia de salud.** El gobierno ha presentado una exposición detallada de su política de salud (Política Nacional de Salud, 1997-2002) en la que se perfilan varias estrategias pertinentes al proyecto propuesto: i) modernización del marco jurídico y normativo; ii) reestructuración del MINSA para establecer sus funciones normativas y de supervisión y fortalecer su capacidad de formular políticas; iii) descentralización y reforma de la gestión de los recursos, que quedará a cargo de los hospitales y los SILAIS; iv) reforma de los sistemas de gestión del personal y de suministro de fármacos; v) mejoramiento de la eficacia de la administración mediante la adopción de incentivos basados en el desempeño; vi) creación de sistemas de información; vii) adopción de otros mecanismos de financiamiento; viii) extensión de los servicios básicos a las poblaciones vulnerables y en riesgo (madres y criaturas y residentes de áreas geográficas que reciben atención insuficiente).

F. Estrategia del Banco

1.23 La estrategia de país del Banco procura lograr un crecimiento sostenido con equidad. Ello se conseguirá por medio de cuatro instrumentos estratégicos: i) la promoción del desarrollo del sector empresarial privado y la revitalización de los productos de exportación; ii) la eliminación de las limitaciones financieras reduciendo la deuda externa; iii) el perfeccionamiento del capital humano y reducción de la pobreza, y iv) la optimización del uso y conservación de los recursos naturales.

- 1.24 **Experiencia previa del Banco.** El proyecto propuesto será la primera operación crediticia dirigida al sector de salud de Nicaragua. Sin embargo, a partir de 1995, el Banco ha puesto en práctica dos operaciones de cooperación técnica: ATN/SF/SC/4127-NI (US\$5 millones) y PPF-0013-NI (US\$425.000) para apoyar la realización de estudios básicos del sector, la formulación de políticas y estrategias de salud, el fortalecimiento de la capacidad institucional del MINSA y la preparación del presente proyecto. Los desembolsos finales destinados a estas operaciones están contemplados para fines de 1998. Una enseñanza importante que se obtiene de esta experiencia es que existe la necesidad de establecer un equipo técnico y administrativamente competente para apoyar las actividades del proyecto y facilitar las actividades de gestión administrativa.

G. Conceptualización del proyecto. Coordinación con otros donantes

- 1.25 Además de abordar las ineficiencias sectoriales y de apoyar las iniciativas del gobierno en materia de políticas para el sector de salud, este proyecto está estructurado de manera de complementar las actividades de otros donantes que efectúan operaciones en Nicaragua, evitando, claro está, la duplicación de las labores. Actualmente, 15 organismos bilaterales y multilaterales llevan a cabo proyectos en el sector de salud de Nicaragua, invirtiendo más de US\$30 millones en 1998. Casi las dos terceras partes del financiamiento de los donantes están orientadas a reforzar los programas preventivos y promocionales a nivel de atención primaria y a fortalecer la capacidad de los SILAIS de apoyar dichos programas. Cada uno de los SILAIS ha establecido una relación con un organismo bilateral o multilateral. El proyecto tiene como propósito añadir al trabajo ya en curso en los SILAIS y llenar los vacíos evidentes en los actuales programas de donantes financiando la extensión de un conjunto de servicios, desarrollados con el apoyo de esos donantes, a las poblaciones que reciben atención insuficiente en los municipios rurales. Al mismo tiempo, el proyecto apoya el fortalecimiento de los vínculos de remisión de pacientes entre los proveedores primarios de servicios y los hospitales, la puesta en práctica un plan de incentivos en dinero para los trabajadores de la salud que esté vinculado al desempeño, y el perfeccionamiento de la capacidad institucional a nivel central.
- 1.26 Un proyecto paralelo del Banco Mundial (US\$32 millones) incluye también actividades que tienen como fin mejorar las prácticas de gestión administrativa y elevar la calidad de hospitales determinados. En tanto que el proyecto financiado por el Banco apoya estas actividades en los hospitales nacionales situados en Managua, el del Banco Mundial se centrará en los hospitales regionales. Ambos proyectos introducirán técnicas similares de gestión administrativa. Otras actividades que se financiarán conjuntamente incluyen lo siguiente: la formulación y puesta en

práctica de un sistema de información integrado, la modernización del MINSA a nivel central, creación de un marco jurídico y regulador y puesta en práctica de una estrategia de comunicación social. Una sola unidad coordinará ambos proyectos.

II. EL PROYECTO

A. Marco de políticas

- 2.1 Este proyecto apoya las políticas expresadas por el gobierno en el sentido de reestructurar, fortalecer y modernizar los hospitales del MINSA, las unidades de nivel central del MINSA que supervisan y apoyan los hospitales, las prácticas de gestión de los recursos humanos y el sistema de prestación de servicios de salud materno-infantil.
- 2.2 El gobierno prevé un sector de salud reformado en el que el MINSA asuma la iniciativa en la formulación de las políticas, la reglamentación, el seguimiento y la evaluación en todo el ámbito del sector, abandonando al mismo tiempo su papel tradicional de proveedor monolítico de servicios ^{4/}. Las funciones relacionadas con la reglamentación, financiamiento y prestación de servicios, que actualmente están fusionadas en el ámbito de una organización altamente centralizada, se separarán. La responsabilidad de la gestión de los recursos y la prestación de los servicios se transferirá a las unidades territoriales descentralizadas (SILAIS) y hospitales autónomos. La infraestructura pública seguirá siendo pública, pero autónoma. Otras estructuras de autoridad situadas en los SILAIS y hospitales y que estén conformadas por representantes de los gobiernos locales, del sector privado y comunitarios, aprobarán los planes y programas, supervisarán el desempeño financiero, evaluarán la administración y adaptarán las orientaciones estratégicas. La acreditación será de responsabilidad de una comisión independiente compuesta de representantes de instituciones públicas, proveedores privados de servicios de salud y sociedades profesionales.
- 2.3 El MINSA también procura ampliar su papel de comprador de servicios, especializándose en el financiamiento de atención primaria y preventiva para las poblaciones de ingresos bajos, junto con actividades de salud pública y promocionales para toda la población. Ello contribuirá a desarrollar un sistema de prestación de servicios de salud más pluralista y competitivo. El MINSA adquirirá conjuntos de servicios, procedimientos y tratamientos a proveedores privados y a proveedores públicos autónomos, haciendo hincapié en el desempeño y los resultados más bien que en los insumos. Los sistemas de suministro de materiales médicos mantendrán su modalidad de adquisiciones mediante un fondo común, para así lograr economías de escala, pero se regirán por la demanda, en el sentido de que los proveedores se convertirán en

^{4/} Algunos elementos del plan trazado ya han sido puestos en práctica por el MINSA. Por ejemplo, el presupuesto de bienes y servicios se ha transferido a los SILAIS y a los hospitales.

"depositarios" de los presupuestos para materiales médicos. La distribución será de responsabilidad de los productores o proveedores farmacéuticos. Finalmente, se fortalecerán los sistemas de remisión de pacientes por medio de incentivos financieros entre los proveedores ambulatorios y los hospitales.

B. Objetivos y concepto del proyecto

- 2.4 El propósito es elevar el nivel de salud de los nicaragüenses de ingresos bajos mejorando la eficiencia, calidad y equidad del sistema de salud. Ello se logrará de la siguiente forma: i) modernizando las estructuras de administración, los sistemas de apoyo y las prácticas clínicas, mejorando a la vez la infraestructura y el equipamiento de los hospitales; ii) fortaleciendo la capacidad institucional del MINSA para administrar y asignar sus recursos financieros, recopilar y analizar información y proporcionar apoyo técnico y administrativo a su red de hospitales; iii) extendiendo la atención materno-infantil a las poblaciones con poco o ningún acceso a los servicios básicos; iv) reformando las modalidades de contratación de personal del MINSA y apoyando el ofrecimiento de incentivos en dinero a los equipos de salud, basados en el desempeño, y v) apoyando la eficiencia en la adquisición y distribución de los medicamentos y materiales médicos. En el Anexo I aparece una matriz en la que se hacen corresponder las estrategias y componentes del proyecto con los problemas.
- 2.5 La plena puesta en práctica de las políticas del gobierno para reformar el sector de salud exigirá de ocho a diez años. Puesto que el MINSA continuará proporcionando servicios directamente en el futuro previsible, el proyecto apoyará la implementación de una serie de instrumentos que se aplicarán internamente al MINSA para abordar los problemas presentados en el capítulo I. Estos instrumentos representan los componentes básicos para realizar un cambio sustantivo y son congruentes con el objetivo de lograr la reforma del sistema esbozada más arriba. En conjunto, están orientados a modificar las estructuras de incentivos y las prácticas de gestión administrativa para aumentar la eficiencia y mejorar el desempeño, a la vez poniendo a prueba y llevando a la práctica estrategias innovadoras, con el fin de ampliar la cobertura y elevar la calidad. A continuación se presenta una breve descripción de dichos instrumentos.
- a. Acuerdos sobre el desempeño (todos los componentes). Se celebrarán acuerdos cuasicontractuales entre el MINSA y los hospitales (y entre la administración hospitalaria y departamentos clínicos y no clínicos específicos) que vincularán las asignaciones de los recursos a productos bien delineados y fijados previamente, relacionados con la calidad, el volumen, la satisfacción de los pacientes y la combinación de servicios.

- b. La adquisición de un conjunto de servicios eficientes y de costo mínimo (componente III). En vez de financiar insumos a través de partidas presupuestarias, el MINSA comprará a proveedores públicos y privados un conjunto estandarizado de servicios maternoinfantiles de gran impacto que se ofrecerán a las poblaciones con insuficiente atención, en virtud de acuerdos o contratos sobre el desempeño.
- c. Incentivos en dinero a los equipos de salud (componente IV). Los equipos de salud que trabajen en departamentos hospitalarios clínicos y no clínicos pueden obtener primas en dinero vinculadas al grado de consecución de los parámetros especificados en sus acuerdos sobre el desempeño con la administración del hospital.
- d. Gestión integrada de los casos (componente III). En un intento de sustituir una gestión episódica de las enfermedades que utiliza un sistema fragmentado de prestación de los servicios, los proveedores de servicios primarios y hospitalarios pondrán en práctica un protocolo convenido para los servicios maternoinfantiles con el fin de guiar la prestación de servicios basados en la comunidad, los centros de salud y los hospitales.
- e. Otros sistemas de pago de servicios hospitalarios (componente II). Se pondrá en práctica un sistema de pago basado en los servicios o las actividades con una rigurosa limitación presupuestaria, para reemplazar el sistema actual basado en presupuestos históricos.
- f. Tenencia parcial del presupuesto (componentes II y III). Una parte de los presupuestos hospitalarios, de laboratorio y de casos especiales correspondientes a los servicios de maternidad se descentralizará y traspasará a proveedores primarios determinados. La selección de los proveedores secundarios así como la respectiva asignación de los recursos para servicios de maternidad responderá a la demanda de los proveedores primarios y sus pacientes. Además, el presupuesto para medicamentos y materiales médicos también se descentralizará y se confiará a los SILAIS y los hospitales, creando de esa manera un sistema que responda a la demanda.

C. Áreas del proyecto

- 2.6 Las actividades de modernización de los hospitales (componente I) se centrarán en los hospitales situados en Managua. Los situados en otras regiones están cubiertos por un programa paralelo financiado por el Banco Mundial. El fondo para una maternidad e infancia seguras (componente III: FONMAT) se instrumentará en 46 (de 145) municipios que tienen alta concentración de poblaciones aborígenes, residentes que viven en circunstancias de pobreza extrema y con limitado acceso a los servicios regulares de salud.

D. Descripción del proyecto

1. Componente I. Modernización de la gestión hospitalaria y mejoramiento de la infraestructura (Monto: US\$16,8 millones: 31% de los costos totales)
- 2.7 El objetivo de este componente es mejorar la calidad, eficiencia interna y solvencia financiera de los servicios hospitalarios mediante el apoyo a la transformación de las estructuras de autoridad, organización, gestión administrativa y estructuras y procedimientos clínicos, así como el mejoramiento del equipo y la infraestructura. Este componente vincula las inversiones en rehabilitación y equipo a las reformas de la gestión administrativa y a las mejoras de los sistemas financiero, administrativo y clínico. El proyecto financiará actividades en dos hospitales situados en Managua que se seleccionarán mediante concurso. Si la operación se lleva a cabo con éxito, estos hospitales serán modelos para la introducción de cambios en la gestión administrativa en otros ámbitos de la red hospitalaria del MINSA.
- 2.8 Una vez terminado el proyecto, estos hospitales modelo serán empresas públicas autónomas responsables ante el MINSA (como pagador) de producir servicios de buena calidad en forma eficiente y de manera que se logre un alto nivel de satisfacción de los pacientes. La misión estratégica preponderante de estos servicios será "el paciente es lo primero." La administración será responsable de la asignación de los recursos en el ámbito de sus servicios, como la contratación (o despido) y asignación del personal, y la compra de insumos. Mediante el uso de protocolos y auditorías se potenciará la eficiencia clínica. La combinación de especialidades del personal reflejará una mayor responsabilidad del cuerpo de enfermeras en el manejo de los pacientes. Se adoptarán procedimientos para casos diurnos y permanencia mínima en el hospital como un medio de reducir los costosos servicios de pacientes hospitalizados. Para la prestación de algunos servicios de apoyo se celebrarán contratos con firmas privadas o con microempresas autónomas que funcionan en los establecimientos. El mejoramiento de la gestión clínica hará más expedita el alta de los pacientes, lográndose así reducir el tiempo de permanencia. Los sistemas de contabilidad y auditoría encauzarán los flujos de recursos entre cada servicio, así como al interior del mismo. La reforma de los sistemas de apoyo permitirá establecer una dinámica gestión de la información, la eliminación de desechos tóxicos, las prácticas de mantenimiento y el inventario y distribución del material médico. La infraestructura y el equipamiento serán congruentes con el plan estratégico de cada servicio así como con la configuración regional de la red hospitalaria del MINSA.
- 2.9 Subcomponente Ia. Modernización y autonomía de la gestión administrativa. Mediante el financiamiento de servicios de consultores, capacitación, cursillos prácticos, estudios especiales

y giras de estudio, este subcomponente apoyará acciones en las siguientes áreas funcionales y programáticas: i) garantía de la calidad; ii) estructuras autónomas de autoridad y gestión interna, con inclusión de la implantación de "acuerdos sobre el desempeño"; iii) reorganización de los servicios apoyados o mantenidos por terceros; iv) gestión y capacitación de los recursos humanos; v) gestión financiera, contabilidad y auditoría; vi) sistemas de mantenimiento de las instalaciones y equipo; vii) sistemas de manejo de desechos tóxicos; viii) gestión del material farmacéutico y médico; ix) subcontratación de algunos servicios de apoyo; x) introducción de unidades para casos diurnos y cirugía ambulatoria, y xi) capacitación del personal de enfermería en materias como funciones directivas, aspectos clínicos y gestión administrativa. Estas acciones se pondrán en práctica en dos fases.

- 2.10 **Subcomponente Ib: mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento.** Basado en un plan funcional en el que se especifica el papel de cada hospital en el ámbito de una red regional y en el que se definen los servicios que se prestarán dadas las limitaciones de espacio, de recursos humanos y de otro tipo, este subcomponente financiará inversiones en rehabilitación y equipamiento para: i) mejorar la capacidad de incrementar la eficiencia productiva (por ejemplo, unidades para casos diurnos y cirugía ambulatoria), reducir los costos de los servicios que ya presta, o activar servicios complementarios que ya existen pero que están detenidos, y ii) mejorar la calidad de los servicios que ya se prestan. Las inversiones se limitarán a la rehabilitación de la infraestructura existente y el reemplazo de equipos de gran volumen por una suma de hasta US\$5,5 millones por hospital. De acuerdo con los resultados de los estudios de factibilidad relativos a dos hospitales de Managua, este monto se dividirá en partes aproximadamente iguales entre la rehabilitación y el equipamiento.

2. Componente II. Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Capacidad de financiar las operaciones hospitalarias (Monto: US\$15,9 millones: 30% de los costos totales)

- 2.11 Referido especialmente a los niveles centrales del MINSA, este componente establecerá o fortalecerá las funciones institucionales, normativas y administrativas iniciales que apoyarán y facilitarán la organización y puesta en práctica de las acciones posteriores en los hospitales financiadas por medio del componente anterior. Ello se logrará financiando servicios de consultores, capacitación, cursillos prácticos, giras de estudio, equipos y materiales para sistemas de información.
- 2.12 Si se lleva a cabo debidamente, el MINSA habrá separado las funciones de fiscalización, financiamiento y prestación de servicios, descentralizando la responsabilidad administrativa de esto último y traspasándola a los hospitales autónomos. Se

racionalizarán las modalidades de dotación de personal en los hospitales para reflejar una combinación de especialidades de mayor eficacia. Un proceso de acreditación vinculado a una comisión multisectorial con representación pública, privada y profesional pondrá en vigor normas de calidad transparentes para todos los servicios de salud en el sector. Un nuevo marco jurídico y normativo apoyará estas nuevas funciones, estructuras y procesos. Se pagará a los hospitales de acuerdo con el volumen y la eficiencia productiva de sus servicios. Una unidad de financiamiento les seguirá la trayectoria a todos los acuerdos financieros entre el MINSA y sus proveedores de servicios. El MINSA estará vinculado a los hospitales mediante acuerdos sobre el desempeño con metas claramente especificadas, lo que a su vez afectará la asignación de los recursos. Un sistema integrado de información para la gestión administrativa contribuirá al mejoramiento de la toma de decisiones, los análisis de costos y el control de la calidad en todos los niveles del MINSA.

- 2.13 **Subcomponente IIa. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud.** Este subcomponente tiene como objetivo dotar al MINSA de la capacidad de: i) supervisar la red hospitalaria; ii) establecer relaciones contractuales basadas en el desempeño (acuerdos sobre el desempeño) con sus hospitales autónomos; iii) regular y hacer cumplir normas mínimas a todos los servicios que funcionan en el sector; iv) administrar y seguir la trayectoria de los ingresos y gastos del MINSA, comprar a los proveedores conjuntos de servicios, y asignar los recursos a los hospitales en función de la productividad y otros criterios de desempeño; v) descentralizar pero supervisar las prácticas de contratación de personal; vi) obtener apoyo para el proceso de modernización. Este subcomponente financiará seis actividades principales.

a. Reestructuración: fortalecimiento de la gestión

- 2.14 Esta actividad presta apoyo a la reestructuración, definición de las funciones y organización de las unidades del MINSA que están vinculadas a los hospitales; formulación, sometimiento a prueba y puesta en práctica de acuerdos sobre el desempeño entre el MINSA y la administración hospitalaria, así como entre la administración hospitalaria y los equipos departamentales de salud; creación de la capacidad de organizar, llevar a cabo y supervisar actividades de modernización en los hospitales, y fortalecimiento de la capacidad de supervisión y de evaluación. Los servicios de consultores y la capacitación serán insumos primordiales.

b. Gestión financiera y otros mecanismos de pago hospitalario

- 2.15 Se proporcionará financiamiento para asistencia técnica y capacitación con el fin de establecer una unidad financiera en el MINSA con la capacidad de adquirir servicios, administrar y seguir la trayectoria de los flujos financieros en todo el sistema,

supervisar y analizar los costos, asignar y ejecutar los presupuestos y administrar otros mecanismos de pago a los proveedores de los servicios. Esta actividad apoyará también la creación, sometimiento a prueba y puesta en práctica de un mecanismo de pago hospitalario.

c. Sistemas de información para la gestión administrativa

- 2.16 Desde 1997 el MINSA ha estado organizando un sistema integrado de información para la gestión administrativa compuesto de cuatro módulos: i) financiamiento; ii) producción de servicios; iii) materiales, y iv) gestión de los recursos y costos. Los tres primeros han entrado en una fase de experimentación, en tanto que el último se mantiene en una etapa previa a su formulación. Esta actividad financiará servicios de consultores para la formulación y etapa de experimentación del cuarto módulo 5/. Además, merced al financiamiento de componentes electrónicos y de programación para computadoras, líneas telefónicas adicionales, asistencia técnica y capacitación en el uso eficaz de este sistema, el proyecto permitirá poner en práctica el sistema en los hospitales y unidades centrales del MINSA que dicho proyecto financiará.

d. Marco jurídico y normativo

- 2.17 Se proporcionará apoyo financiero para asistencia técnica, cursillos prácticos, capacitación y giras de estudio a las siguientes áreas: puesta en práctica de un proceso de acreditación, creación y operación de una comisión multisectorial de acreditación y la formulación y aprobación de un marco normativo para los hospitales públicos autónomos, acreditación, contratación de proveedores privados, gestión descentralizada de los recursos humanos, y venta de servicios a terceros.

e. Estrategia de comunicación social

- 2.18 Esta actividad dará apoyo financiero a la asistencia técnica, cursillos prácticos, y la producción de medios de comunicación y materiales para difundir entre la ciudadanía, personal del MINSA y los círculos de donantes información sobre las actividades de modernización contempladas en el proyecto, con especial hincapié en las reformas de la gestión hospitalaria y de las estructuras de autoridad, reestructuración del nivel central del MINSA y adquisición de servicios de atención materno-infantil 6/.

5/ Un proyecto paralelo financiado por el Banco Mundial permitirá financiar la etapa de experimentación de los otros módulos.

6/ Otros aspectos de la estrategia de comunicación social serán financiados por el proyecto paralelo del Banco Mundial.

f. Financiamiento y evaluación

- 2.19 El proyecto prestará apoyo a la preparación y aplicación de un plan de seguimiento y evaluación para cada uno de sus componentes, con inclusión de la formulación de indicadores de procedimiento y de los efectos, y la recopilación de datos básicos antes de la ejecución de las actividades financiadas por el proyecto. Se prestará apoyo también a la aplicación de una evaluación ex post, fortaleciendo al mismo tiempo la capacidad del MINSA de realizar la supervisión y evaluación del desempeño del proyecto.
- 2.20 **Subcomponente IIb. Fondo de indemnización por despido.** Basado en evaluaciones de las normas de dotación de personal, las normas de productividad, la demanda de los servicios hospitalarios y la capacidad física y tecnológica, este subcomponente tiene como objetivo abordar la gravedad de los niveles de exceso de personal que son evidentes en los hospitales del MINSA. Se plantea racionalizar las modalidades de dotación de personal, para contribuir de esa manera a lograr una óptima combinación de especialidades entre el personal profesional (médicos y enfermeras) y la reducción de los costos relacionados con el personal. La reducción del personal excesivo aumentará también la eficiencia económica, liberará recursos para otras necesidades urgentes como la compra de medicamentos e insumos médicos, y disminuirá la resistencia general de los trabajadores a la reestructuración y otras medidas de modernización.
- 2.21 Este subcomponente prestará apoyo a un plan de indemnización por despido, financiando la compensación monetaria de los trabajadores superfluos y de aquellos separados del servicio. El gobierno ha decidido que el plan inicialmente sea de carácter voluntario, y posteriormente se convierta en un mecanismo obligatorio para cumplir los objetivos. El fondo estará orientado específicamente a las dos categorías de funcionarios de los hospitales del MINSA en que hay más exceso de personal: i) los médicos, y ii) los funcionarios administrativos y no profesionales. El promedio de indemnización para los médicos será de US\$4.500 y para el personal administrativo y no profesional, de US\$1.400. La indemnización representa, como promedio, 1,5 años en términos del valor de los sueldos y los beneficios. El fondo financiará indemnizaciones otorgadas a alrededor de 1.000 médicos y 3.260 funcionarios administrativos y no profesionales, y de ese modo se reducirá el número de empleados en cada uno de esos grupos en cerca de un tercio una vez terminado el proyecto. El número total de empleados del MINSA disminuirá en 18% (de 23.435 a 19.175) y los costos anuales totales por concepto de personal en 16% (de US\$48 millones a US\$41 millones).

3. Componente III. Fondo para una maternidad e infancia seguras
(Monto: US\$9,2 millones: 17% de los costos totales)

- 2.22 Este componente, FONMAT, procura reducir la mortalidad materna e infantil mediante el mejoramiento del acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios prestados a las poblaciones de ingresos bajos y mal atendidas, con especial hincapié en la atención a las zonas rurales empobrecidas y las poblaciones aborígenes. Ello se logrará como se señala a continuación: i) perfeccionando la función de adquisiciones del MINSA; ii) definiendo un conjunto de servicios de atención de salud integrado y de gran impacto, consistente en servicios prenatales, de parto, de postparto y de puericultura, con el correspondiente protocolo; iii) destinando específicamente los beneficios a las poblaciones con poco o ningún acceso a los servicios básicos; iv) adoptando un sistema de pago orientado a los resultados que proporcione incentivos para acceder a las poblaciones a las que es difícil llegar, entregar atención de salud de buena calidad y establecer sólidos nexos de remisión de pacientes entre las unidades de atención primaria de salud y los hospitales, y v) estimulando la participación de los proveedores de servicios del sector privado y contribuyendo así a que la red de atención de salud sea más pluralista.
- 2.23 Una vez terminado el proyecto, además de haber ampliado la cobertura de servicios básicos a las poblaciones en riesgo y de ingresos bajos, el FONMAT habrá dado los pasos iniciales para reorientar la forma en que el MINSA interactúa con su red de atención primaria y en que esta última interactúa con los servicios secundarios, como los hospitales, y con la atención especializada. En vez de financiar partidas presupuestarias con la correspondiente falta de incentivos al desempeño, el pago se vinculará con el número de personas inscritas (población cubierta), la residencia de los inscritos (pagos más altos en el caso de inscritos que viven en comunidades de difícil acceso) y calidad de la atención (aplicación de un protocolo).
- 2.24 El componente permitirá establecer una cuenta, FONMAT, que financiará tres conjuntos de actividades: i) el costo medio por caso del conjunto, estimado en US\$45 1/; ii) los costos de iniciación del proveedor del servicio, incluidas las actividades promocionales e inversiones menores en infraestructura y equipos, y iii) asistencia técnica y capacitación dirigida a los proveedores de servicios así como a las unidades territoriales del MINSA (SILAIS) responsables del seguimiento y supervisión. FONMAT financiará una cantidad estimada de 20 subproyectos, orientados específicamente a 46 municipios. Los criterios de selección incluyen lo siguiente: acceso limitado a los servicios básicos de salud, alta frecuencia

1/ El componente complementa los costos ordinarios del MINSA mediante el financiamiento del costo del conjunto total, más bien que subvencionar partidas presupuestarias.

de condiciones de pobreza extrema y elevada concentración de poblaciones aborígenes. El conjunto de servicios llegará a alrededor de 94.000 mujeres embarazadas y 72.000 niños pequeños durante el curso del proyecto. Se contratará a proveedores de servicios del sector privado, con inclusión de organizaciones sin fines de lucro, para cinco subproyectos. Los proveedores de servicios del sector público que participan en FORMAT se "contratarán" por medio de acuerdos sobre el desempeño, en tanto que los del sector privado serán contratados por el MINSA y la administración del proyecto.

- 2.25 El pago por conjunto está configurado de manera de abarcar los sueldos, los materiales, los fármacos y el transporte. Los proveedores de servicios recibirán pagos más altos por conjunto, para cubrir el costo de llegar a los beneficiarios que residen en comunidades distantes. Las personas inscritas aportarán mediante pago compartido y contribuciones en especie un monto estimado en 5% del costo del conjunto. Estos ingresos se orientarán a fondos de solidaridad de base comunitaria para sufragar los costos de transporte y de otro tipo de los beneficiarios que residen en aldeas rurales dispersas. Para facilitar la sostenibilidad financiera de esta actividad a la terminación del proyecto, el componente financiará los pagos de los conjuntos en forma decreciente 8/.

4. Componente IV. Apoyo financiero al fondo social suplementario
(Monto: US\$9,2 millones: 17% de los costos sociales)

- 2.26 Este componente apoya los esfuerzos del gobierno por aumentar los niveles de gasto per cápita en salud y por invertir la tendencia a la disminución de los desembolsos para atención de salud. El gobierno ha solicitado a los círculos de donantes un financiamiento transitorio para solventar gastos básicos de explotación de los Ministerios de Salud y de Educación por medio de un fondo social suplementario. Este fondo es un mecanismo temporal, de desembolso rápido, financiado con recursos externos e internos. El objetivo principal del fondo establecido en junio de 1998 mediante el decreto presidencial No. 46-98, es aumentar el gasto ordinario en salud y educación per cápita por sobre los niveles acordados por el gobierno y el FMI en virtud del servicio financiero reforzado de

8/ El proyecto financiará el costo del conjunto de servicios (menos el pago compartido) durante el primer año de operación en el caso de cada subproyecto, en tanto que el gobierno asumirá la responsabilidad financiera en forma de incrementos anuales de 25% del costo. El gobierno asumirá la plena responsabilidad financiera de todos los subproyectos a la terminación del proyecto.

ajuste estructural (SRAE) 9/. Los programas y actividades serán identificados conjuntamente por el gobierno y los donantes. El fondo social suplementario no tiene por fin reemplazar los costos ordinarios financiados por el gobierno.

- 2.27 El financiamiento por el fondo social suplementario apoya y amplía programas prioritarios en educación y salud que están orientados específicamente a los pobres, son congruentes con las iniciativas y reformas para la modernización del sector, y mejoran la eficiencia, equidad y rendición de cuentas de los gastos públicos. Consecuente con estos objetivos, el componente presta apoyo al fondo social suplementario por medio del financiamiento de dos actividades: i) pago de incentivos basados en el desempeño a los trabajadores del sector de salud, y ii) compra de medicamentos e insumos médicos conforme a un sistema reformado de adquisiciones y distribución.
- 2.28 Desde una perspectiva más estratégica, el fondo social suplementario procura abordar las dificultosas tendencias evidentes en el sector de salud, según se describe en el capítulo I. Debido en parte a la insuficiente capacidad de formulación de políticas e inadecuada supervisión, muchos donantes tienden a definir y apoyar programas específicos e independientes. Los programas generalmente no están coordinados con el MINSA en forma continua, lo que origina actividades fragmentadas y que se superponen. El fondo social suplementario representa un paso inicial en la consolidación y encauzamiento del financiamiento bilateral y multilateral hacia programas de gran impacto y administrados eficientemente, fortaleciendo a la vez la capacidad institucional de administrar, supervisar y evaluar el desempeño de programas prioritarios determinados por el gobierno. Ello es consecuente con los objetivos del proyecto.
- 2.29 Al encauzar el financiamiento de las actividades apoyadas por el proyecto a través del fondo social suplementario se contribuirá a la ampliación y sostenibilidad del proceso de modernización pues

9/ Las proyecciones del gobierno sugieren que el aumento de los niveles de gastos, financiados por medio del fondo social complementario, será sostenible con recursos nacionales a partir de 2001. En el marco del acuerdo de SRAE con el FMI e ingreso a la iniciativa PPME de reducción de la deuda, el gobierno puede incrementar el gasto social por sobre los niveles básicos proyectados, si los donantes proporcionan financiamiento concesionario para este fin. El fondo social complementario hará las veces de mecanismo de transición (hasta por tres años) para encauzar este financiamiento hacia programas de salud y de educación hasta que el gobierno esté en condiciones de reiniciar el gasto social per cápita a comienzos del próximo siglo. En breve, el fondo social complementario representa un financiamiento transitorio concesionario para gastos ordinarios.

i) ello facilitará un efecto catalizador para atraer recursos adicionales de otros donantes hacia estas actividades, y ii) se elaborará un menú de actividades innovadoras y orientadas a las reformas para estimular una mayor participación de los donantes. Con este fin, el Banco puede reorientar el monto y la índole de su financiamiento de programas del fondo social como consecuencia del hecho de que las aportaciones de los donantes quedan a disposición del fondo social suplementario.

- 2.30 **Subcomponente IVa. Plan de incentivos en dinero basados en el desempeño.** El objetivo de esta actividad es contribuir a la calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios de los servicios del MINSA mediante el aumento de los niveles de desempeño y de remuneraciones de los funcionarios de salud. El plan de incentivos en dinero se aplicará en cinco SILAIS y siete hospitales donde se están llevando a cabo actividades de modernización que además reciben el apoyo de proyectos del BID y del Banco Mundial. Las primas representarán como promedio el 15% de los sueldos fijos. Los incentivos en dinero formarán parte de los acuerdos sobre el desempeño negociados entre diferentes entidades y unidades en el marco del sistema del MINSA, según se esbozó en el párrafo 2.6. Las primas se destinarán a equipos de salud que trabajen en unidades de atención primaria, departamentos clínicos y no clínicos de los hospitales y oficinas administrativas regionales o de servicios. Además de financiar las primas de incentivos, la actividad dará apoyo también a la capacitación, asistencia técnica y otros costos que supone la redistribución del personal de enfermería hacia áreas rurales que reciben atención insuficiente.
- 2.31 **Subcomponente IVb. Apoyo financiero para insumos médicos básicos.** Esta actividad tiene como objetivo mejorar el acceso a medicamentos e insumos médicos esenciales mediante lo siguiente: i) financiamiento de la compra de medicamentos e insumos esenciales a proveedores del cuadro básico del MINSA, y ii) capacitación y asistencia técnica para apoyar el establecimiento, en forma de plan piloto, de un sistema eficiente e impulsado por la demanda de adquisición y distribución de dichos insumos. Los aspectos principales del sistema incluirán lo siguiente: i) conversión de los proveedores de servicios en depositarios descentralizados del presupuesto para la compra de medicamentos e insumos; ii) reorientación de las unidades centrales del MINSA, transformándolas en un agente autofinanciado intermediario y de apoyo logístico para las adquisiciones hechas sobre la base de un fondo común; iii) adopción de normas de control de la calidad para garantizar la seguridad del producto, y iv) aplicación de protocolos terapéuticos estandarizados para mejorar las prácticas de otorgamiento de recetas y de adquisición.

E. Costos y financiamiento del programa

- 2.32 **Costos del proyecto.** Los costos totales del proyecto se estiman en US\$53,8 millones. El desglose de los costos se resume en el Cuadro 1 10/. Los costos de los servicios de consultores, capacitación y materiales se han extraído de planes de acción y niveles correspondientes de esfuerzo para cada actividad del proyecto. Las estimaciones de infraestructura y equipos médicos se basan en estudios de factibilidad de dos unidades hospitalarias de muestra. Los costos de la instauración de un sistema de información se basan en los resultados de planes piloto financiados por el Banco Mundial. Un análisis de los costos unitarios de servicios curativos y preventivos, transporte y promoción es la fuente de las estimaciones de costos del conjunto de servicios del FONMAT.
- 2.33 **Plan de financiamiento.** El 90% de los costos totales del proyecto, equivalente a US\$48,6 millones se financiará de conformidad con condiciones concesionarias a través del Fondo para Operaciones Especiales. El 10% de los costos totales del proyecto, equivalente a US\$5,2 millones, serán fondos de contrapartida del gobierno para la operación. Dado que esta inversión se considera orientada específicamente a combatir la pobreza, la matriz es de 90/10.

10/ En el Anexo IV se presenta un cuadro de costos que agrupa los gastos por grandes categorías de egreso. Se usará este cuadro para fines contables y de desembolsos durante la ejecución del proyecto.

CUADRO 1: COSTOS DEL PROYECTO Y PLAN DE FINANCIAMIENTO
(en miles de US\$ y porcentajes)

Categorías	BID	Gobierno	TOTAL	PORCENTAJE
Componente 1: Gestión hospitalaria y mejoramiento de la infraestructura				
Consultores	3.724,5	395,2	4.119,7	
Capacitación	971,1	0,0	971,1	
Equipo médico	4.498,7	0,0	4.498,7	
Construcción	5.925,3	747,0	6.672,3	
Materiales	0,0	91,8	91,8	
Costos ordinarios	0,0	564,9	564,9	
Subtotal componente 1	15.119,6	1.798,9	16.918,5	31,4
Componente 2: Fortalecimiento de la capacidad del MINSA de apoyar operaciones hospitalarias				
Consultores	2.338,3	1.076,4	3.414,7	
Capacitación	1.031,8	0,0	1.031,8	
Equipo médico	1.335,0	0,0	1.335,0	
Impresión gráfica	0,0	76,0	76,0	
Fondo de indemnización por despido	9.033,2	0,0	9.033,2	
Costos ordinarios	626,0	370,4	996,4	
Subtotal componente 2	14.364,3	1.522,8	15.887,1	29,5
Componente 3: Fondo para una maternidad e infancia seguras				
Consultores	1.297,3	149,3	1.446,6	
Capacitación	712,5	0,0	712,5	
Equipo menor	1.956,2	0,0	1.956,2	
Infraestructura menor	508,3	56,4	564,7	
Promoción de la salud	750,0	0,0	750,0	
Costos ordinarios	0,0	524,7	524,7	
Compra de conjuntos de servicios	2.306,3	899,3	3.205,6	
Subtotal componente 3	7.530,6	1.629,7	9.160,3	17,0
Componente 4: Apoyo al fondo social suplementario				
Consultores	63,6	38,3	101,9	
Equipo de oficina	0,0	5,1	5,1	
Rehabilitación menor	0,0	26,8	26,8	
Incentivos en dinero	3.000,0	0,0	3.000,0	
Fármacos/insumos	6.103,4	0,0	6.103,4	
Costos ordinarios	0,0	18,4	18,4	
Subtotal componente 4	9.167,0	88,6	9.255,6	17,2
Administración				
CDT	489,3	0,0	489,3	0,9
Otros				
Reembolso de PPF	427,0	0,0	427,0	0,8
Costos financieros				
Comisión por inspección	488,0	0,0	488,0	
Interés	976,0	0,0	976,0	
Comisión por crédito	0,0	267,0	267,0	
Subtotal de costos financieros	1.464,0	267,0	1.731,0	3,2
TOTAL GENERAL	48.561,8	5.218,4	53.780,2	100,0
PORCENTAJE	90,0	10,0	100,0	

III. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

A. Estrategia orientadora

- 3.1 La estructura operativa se basa en una estrategia sobre tres flancos: i) coordinación de las políticas y de la toma de decisiones en el ámbito del MINSA en apoyo de las actividades de modernización; ii) integración de las actividades del proyecto en el proceso de modernización en los niveles institucionales pertinentes; iii) conversión de las políticas de modernización en procesos y prácticas institucionales sostenibles. Para este fin, el diseño consiste en tres aspectos correspondientes que se basan en las estructuras existentes del MINSA: i) un organismo de formulación de políticas y supervisión (párrafo 3.3); ii) un equipo técnico compuesto de personal del MINSA y personal contratado por el proyecto para coordinar la ejecución (párrafo 3.5 - 3.8), y iii) "agentes de cambio" en el terreno para facilitar la ejecución en colaboración con personal de operaciones (párrafo 3.10).

B. Estructura de organización para la puesta en práctica de los programas

- 3.2 El organismo de ejecución del proyecto será el MINSA a través de la oficina del Viceministro, la que establecerá un Consejo Directivo Técnico (CDT) para supervisar la ejecución del proyecto de conformidad con los planes de acción y manual de operaciones aprobados previamente por el Banco.

1. Comisión de modernización (Orientación de las políticas)

- 3.3 El gobierno establecerá una Comisión de Modernización del Sector de Salud (CMSS). Presidido por el Ministro de Salud, la CMSS estará compuesta de representantes del Ministerio de Finanzas, la Secretaría Técnica de la Presidencia, la Unidad de Coordinación para la Reforma del Sector Público (UCRESEP), INSS, el sector médico privado, y las asociaciones de trabajadores de la salud. La CMSS será un organismo consultivo y de conducción, responsable de aprobar las políticas de modernización así como de coordinar la iniciativa de modernización en el ámbito del gobierno y en el sector de salud. Otras funciones incluyen lo siguiente: i) seguimiento de la puesta en práctica de políticas de modernización, asegurando el cumplimiento de los objetivos del programa; ii) coordinación de la asistencia externa en apoyo de los esfuerzos encaminados a la modernización, y iii) difundir información sobre las enseñanzas obtenidas.

2. Grupo asesor técnico (Coordinación técnica)

- 3.4 Para la ejecución del proyecto, el préstamo apoyará a las unidades existentes en el marco de la estructura del MINSA. Bajo la

coordinación técnica del Viceministro del MINSA, la ejecución del proyecto será de responsabilidad de un Consejo Directivo Técnico (CDT) compuesto de los directores de las direcciones del MINSA pertinentes a las actividades del proyecto (finanzas, planificación, atención integrada de la mujer, el niño y el adolescente, servicios de salud y administración hospitalaria nacional), un director del proyecto (DP) y seis coordinadores técnicos (CT), cada uno asignado a un componente distinto del proyecto. Éste apoyará al CDT por medio del financiamiento de una cantidad mínima de personal (DP y CT) para respaldar la consecución de los cambios planeados, y para asegurar el cumplimiento de los calendarios y procedimientos del Banco. La estructura del CDT permitirá la integración de las actividades del proyecto en el MINSA, evitando a la vez la duplicación con el personal del MINSA o, de manera similar, la creación de estructuras paralelas en el MINSA.

- 3.5 El CDT tendrá dos funciones principales. La primera implica proporcionar asistencia técnica al programa amplio apoyado por el MINSA para la modernización del sector, que incluye la entrega de información, análisis y orientación técnica a la CMSS y autoridades del MINSA sobre las políticas de modernización y su puesta en práctica. La segunda función comprende la coordinación técnica, la administración financiera y la ejecución de los componentes del proyecto. A través de comités especializados y con el apoyo del DP y de los CT, el CDT asume las siguientes responsabilidades orientadas al proyecto: i) guiar, coordinar y supervisar todas las actividades técnicas del proyecto; ii) preparar los planes anuales de trabajo para cada componente del proyecto en coordinación con las unidades pertinentes del MINSA; iii) preparar informes técnicos periódicos; iv) preparar términos de referencia para actividades de capacitación y servicios de consultores en colaboración con las unidades pertinentes del MINSA; v) asegurar el cumplimiento de los calendarios de actividades del proyecto, según se especifica en los planes de acción y condiciones contractuales establecidas en el contrato del préstamo; vi) crear y mantener un sistema de información técnica y financiera para las actividades del programa; vii) preparar toda la documentación relacionada con la satisfacción de las condiciones contractuales; viii) contratar y supervisar a las empresas y personas para el suministro de bienes y servicios, y ix) seguir de cerca y evaluar el desempeño y las repercusiones.
- 3.6 Con el fin de asegurar que haya una clara distinción entre las actividades operativas técnicas y la administración y ejecución técnica, el Prestatario establecerá en el CDT una pequeña unidad financiero-administrativa (UFA) 11/. La UFA, compuesta de tres profesionales, es responsable de proporcionar apoyo administrativo y financiero al CDT respecto de todas las actividades del proyecto,

11/ El Banco Mundial establecerá una unidad separada para administrar las gestiones financieras.

vale decir, el mantenimiento de registros de contabilidad, la tramitación de los desembolsos, la preparación de informes financieros, el examen de los contratos y la realización de actividades afines, según los procedimientos del gobierno y del Banco. La UFA hará los pagos correspondientes a las actividades aprobadas por el CDT.

- 3.7 El CDT será apoyado conjuntamente por este proyecto y por un proyecto paralelo financiado por el Banco Mundial. Para impedir una costosa duplicación de funciones y actividades y garantizar un método integrado para las áreas del programa apoyadas por ambos proyectos, se compartirá el financiamiento del DP así como de tres coordinadores técnicos (por ejemplo, hospitales y modernización institucional). Los coordinadores técnicos a cargo de supervisar las actividades pertinentes al proyecto de cada Banco se financiarán separadamente. En resumen, el CDT estará integrado por seis coordinadores técnicos, según se muestra en el Cuadro 2. Tres de esos puestos se financiarán conjuntamente, reflejando de esa manera el financiamiento conjunto de los componentes asociados del proyecto.

CUADRO 2: DOTACIÓN DEL PERSONAL DEL CDT

Puesto	Fuente de financiamiento	Responsabilidades
Viceministro técnico	MINSA	Encabezar las operaciones del programa de modernización
Director del proyecto (1)	BID/BM	Supervisar todas las actividades del programa de modernización; prestar asesoramiento en materia de políticas a la CMSS; informar a la CMSS sobre la marcha de los trabajos; asegurar el cumplimiento de los procedimientos del Banco.
Coordinadores técnicos <u>12/d</u> Administración hospitalaria (1) Modernización del MINSA (1) FONMAT (1) Atención primaria (1) Seguimiento y evaluación (1) FSS (1) <u>13/</u>	BID/BM BID/BM BID BID BID/BM MINSA	Coordinar las actividades técnicas y preparar planes anuales para las actividades en su ámbito; asegurar una ejecución oportuna de las actividades; proporcionar asistencia técnica a las unidades del MINSA.
Unidad de administración financiera <u>14/</u> Administrador (1) Especialistas financieros (2)	BID BID	Dar apoyo administrativo y financiero a todas las actividades del proyecto: mantenimiento de registros contables, tramitación de los desembolsos, mantenimiento de registros administrativos, contratos, y realización de actividades afines aprobadas por los coordinadores técnicos.
Especialista en Información	BID	Establecer y mantener una o más bases de datos para el almacenamiento y análisis de información sobre las actividades del proyecto.

- 3.8 *Como condición para el primer desembolso del financiamiento, el Prestatario presentará al Banco prueba de que ha creado, a cargo de la Oficina del Viceministro, el CDT y la UFA, y que ha dotado de personal a dichas unidades según lo acordado con el Banco.*

-
- 12/ Financiado por el MINSA, otros participantes en el CDT incluyen cinco jefes de direcciones (finanzas, planificación, INH, atención integrada de la salud, y servicios de salud).
- 13/ De conformidad con el reglamento operativo del FSS (artículo No. 5), este CT será nombrado por el MINSA y hará las veces de enlace entre el CDT y el comité técnico del FSS.
- 14/ Se refiere solamente a actividades financiadas por el BID.

3. Agentes de cambio en el terreno

- 3.9 El trabajo adicional que se requerirá del personal de operaciones será apoyado por 15 agentes de cambio de jornada completa; estos se asignarán a las unidades centrales del MINSA, hospitales y SILAIS que son el objetivo de las intervenciones del proyecto 15/. Estos facilitadores de los procesos fomentarán una estrecha interacción entre las unidades de operaciones, los coordinadores técnicos y los consultores, promoverán la descentralización de la asistencia técnica y, lo más importante, asesorarán, acompañarán y apoyarán al personal de operaciones responsable de llevar a cabo las actividades del proyecto. Se les extenderán contratos renovables basados en el desempeño que especificarán criterios indicativos de ejecución. En un intento por alinear los incentivos entre los agentes y los hospitales o unidades a los que están asignados, los indicadores del desempeño especificados en sus condiciones contractuales corresponderán con aquellos estipulados en los acuerdos sobre el desempeño firmados entre el CDT y los servicios y unidades.

C. Pautas operativas generales

1. Planes de acción

- 3.10 Las actividades del proyecto han sido definidas por los planes de acción preparados para cada componente, subcomponente y actividad importante del proyecto. Se pueden consultar en los archivos del proyecto. Estos planes de acción actúan como guías para la ejecución del proyecto y se usarán para la elaboración de los planes anuales de trabajo. Se prepararán planes anuales de trabajo distintos para cada componente y subcomponente del proyecto.

2. Reglamento operativo

- 3.11 Todas las funciones, actividades y procedimientos del CDT, así como respecto de cada uno de los componentes se atenderán al reglamento operativo, del cual se pueden hallar borradores en los archivos técnicos. La versión final de este reglamento será acordada por el prestatario y el Banco. El reglamento operativo se ampliará para

15/ El uso de agentes de cambio no representa un costo adicional para el proyecto. Los 15 agentes de cambio fueron extraídos de los niveles recomendados de esfuerzo para asistencia técnica que será proporcionada por consultores nacionales, según se especifica en los diseños y planes originales de cada actividad del proyecto (véanse los archivos técnicos). Por ejemplo, más bien que contratar a un gran número de consultores nacionales de corto plazo para tareas específicas (generalmente en coordinación con una empresa internacional o contratados por ellas), el equipo del proyecto consolidó el nivel proyectado de esfuerzo para estas consultorías en puestos de jornada completa.

formar el manual operativo para el proyecto, y puede modificarse según sea necesario, sujeto ello a la aprobación del Banco 16/.

- 3.12 Con anterioridad al primer desembolso, el prestatario presentará la versión final del manual operativo del proyecto, consistente en el reglamento operativo para cada uno de los componentes del proyecto salvo la segunda fase del fondo de indemnización por despido. El manual operativo describirá también todas las funciones, actividades y procedimientos del CDT y la UFA, al igual que de los comités con facultad decisoria y que son específicos en función de los componentes.

D. Adquisiciones

1. Procedimientos generales de bienes y servicios

- 3.13 La adquisición de los bienes y servicios se hará de conformidad con las pautas del Banco, según se estipula en el Anexo B del contrato de préstamo, y estará a cargo del CDT. Se exigirá la licitación pública internacional para la adquisición de bienes de más de US\$250.000 y los contratos de construcción de más de US\$1 millón. La contratación de servicios de consultores de más de US\$200.000 debe publicarse en *Development Business International*. Las pautas y procedimientos concernientes a las adquisiciones bajo dichos montos se incluirán en el contrato de préstamo. Toda contratación de servicios de consultores se hará de conformidad con las políticas normales del Banco sobre selección y contratación de consultores, tal como se especifica en el Anexo C del contrato de préstamo. Antes de la contratación de todo trabajo de consultoría, el DP, en consulta con otros funcionarios del CDT, debe preparar una documentación técnica pertinente que se someterá a la aprobación del Banco.
- 3.14 Además de las políticas normales mencionadas en el párrafo precedente, el contrato de préstamo estipulará lo siguiente: se exigirá la licitación pública internacional para no menos de 90% para la adquisición de fármacos y materiales médicos (componente IV) y componentes electrónicos y programación para computadores para el sistema integrado de información gerencial (componente II); ii) la adquisición de servicios de consultores para la administración hospitalaria (componente Ia), la reestructuración y fortalecimiento gerencial del MINSA (componente IIa), la reestructuración y fortalecimiento gerencial del MINSA (componente IIa), y FONMAT (componente III) se llevará a

16/ El anexo A del contrato de préstamo especificará que el manual operativo deberá incorporar el reglamento operativo para el CDT, el sistema de suministro de material médico, el fondo de indemnización por despido, el FONMAT, la gestión e infraestructura hospitalaria, el plan de incentivos en dinero, el fondo social complementario así como los procedimientos de adquisición para compras pequeñas.

cabo de conformidad con los procedimientos del Banco, aplicándose el mecanismo de oferta pendiente. Este mecanismo implica la preselección de empresas calificadas y la negociación previa de las condiciones generales para la contratación durante un período determinado. Las empresas previamente precalificadas competirán por asignaciones específicas comunicadas por el CDT.

E. Financiamiento retroactivo

- 3.15 El Banco reembolsará al prestatario los recursos del financiamiento por una suma de hasta US\$5 millones para gastos en programas de compensación a los médicos a través del fondo de compensación por despido (componente IIb), supeditado a los resultados de una evaluación sobre el cumplimiento de los procedimientos estipulados en el reglamento operativo acordado con el Banco.
- 3.16 Los recursos del préstamo del Banco se utilizarán para reembolsar, con el primer desembolso del préstamo, gastos en que se haya incurrido para la preparación del proyecto financiados por intermedio de la Facilidad de Preparación de Proyectos (PPF-0013-NI).

F. Desembolsos

**CUADRO 3: Plan de desembolsos
(en millones de US\$ y porcentajes)**

Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total	Porcentaje
BID	10,4	13,1	14,6	9,0	47,1	90
Gobierno	0,6	1,1	1,4	1,8	4,9	10
TOTAL	11,0	14,2	16,0	10,8	52,0	100
Porcentaje	21	27	31	21	100	

G. Ejecución de los componentes: consideraciones especiales

- 3.17 Se ha elaborado un reglamento operativo para cada una de las actividades presentadas más abajo y se pueden consultar en los archivos técnicos. El CDT está investido de autoridad respecto de la evaluación, selección, tramitación y ejecución de los subproyectos relacionados con las actividades descritas más abajo. Como se especifica en el reglamento operativo, se establecerán comités especializados compuestos de personal del CDT y del MINSA, para facilitar la supervisión técnica y la toma de decisiones en lo que concierne a componentes específicos. La unidad financiero-administrativa (UFA) es responsable de las actividades financieras y administrativas, entre ellas la gestión de los contratos y los desembolsos.

1. Gestión hospitalaria y mejoramiento de la infraestructura (componente I)

- 3.18 Los desembolsos para las inversiones en equipamiento e infraestructura estarán vinculados a los progresos alcanzados en relación con la preparación y puesta en práctica de las reformas administrativas. Cada subproyecto hospitalario se ejecutará en tres etapas: i) selección de los hospitales "ganadores" y preparación del plan de modernización de la gestión administrativa; ii) puesta en práctica de las reformas administrativas de "primera fase" y plan de inversiones, y iii) puesta en práctica de las reformas administrativas de "segunda fase" y plan de inversiones. Se llevará a cabo una estimación de los progresos logrados y problemas presentados respecto de la realización de las actividades administrativas de " primera fase," para determinar la idoneidad para optar al financiamiento de inversiones de "segunda fase". El CDT contratará a una empresa para que preste asistencia técnica y capacitación en relación con la modernización de la gestión administrativa hospitalaria en los hospitales seleccionados.
- 3.19 La selección de los hospitales participantes se basará en una estimación institucional de los hospitales de corta estada situados en Managua. Los criterios de selección incluyen lo siguiente: 1) una demanda demostrada de servicios con una zona de captación definida o en el ámbito de una red de remisión de pacientes bien definida; ii) hospital de corta estada que ofrezca al menos las cuatro especialidades básicas; iii) entorno laboral favorable; iv) experiencia demostrada en el mejoramiento de la gestión administrativa y las prácticas clínicas, y v) voluntad de aceptar la asistencia técnica y participar en actividades de auditoría y de control. Una evaluación de cada hospital participante dará como resultado una clasificación basada en un sistema de puntos para seleccionar los dos hospitales que recibirán apoyo financiero por medio de este componente 17/.

2. Fondo de indemnización por despido (subcomponente IIa)

- 3.20 El fondo de indemnización por despido (FRV) se pondrá en práctica en dos fases. La primera implicará un plan voluntario, en tanto que la segunda consistirá en un plan obligatorio. El desembolso para la segunda fase estará supeditado a los resultados de un estudio en el que se determinará el cumplimiento de primera fase de los procedimientos estipulados en el reglamento operativo acordado con el Banco. La fórmula de compensación a los médicos se basa en los beneficios de indemnización por despido y por tiempo de permanencia en el cargo estipulados en el código del trabajo. El modelo de compensación se especifica en el reglamento operativo.

17/ Otros hospitales idóneos permanecerán en una reserva común en orden de clasificación como alternativas posibles o para una futura ampliación del programa.

- 3.21 La selección de los médicos que constituyen exceso de personal se basará en criterios transparentes y verificables relacionados con lo siguiente: i) productividad; ii) cumplimiento de las responsabilidades; iii) nivel de capacitación, y iv) prioridades del MINSA con respecto a la configuración de la red hospitalaria. Todos los trabajadores separados de su cargos recibirán un pago global único basado en la fórmula de compensación. No se permite la reconstratación de los trabajadores compensados por un organismo público durante un periodo de siete años.
- 3.22 *El Banco desembolsará recursos del financiamiento para sufragar los gastos incurridos en compensar al personal separado de sus cargos mediante el fondo de indemnización por despido, sólo previa presentación por el prestatario de prueba de que la separación ocurrió de conformidad con el reglamento operativo y toda modificación del mismo aprobada por el Banco. Esta disposición se aplicará también a los montos que puedan ser utilizables para este fin con efecto retroactivo, según se estipula en el párrafo 3.16.*

3. FONMAT (componente III)

- 3.23 El proyecto financiará parcialmente el costo de un conjunto de servicios definidos en forma decreciente, en que el prestatario asumirá la plena responsabilidad financiera a la terminación del proyecto 18/. Los planes anuales de trabajo de cada subproyecto estimarán la contribución de los fondos de contrapartida que se incluirán en el presupuesto nacional. El manual de operaciones para el FONMAT especificará el proceso y marco cronológico respecto de la asignación anual de los fondos de contrapartida para financiar el subsidio para el conjunto de servicios durante la vida útil de los subproyectos.
- 3.24 La ejecución de los subproyectos se atenderá a las siguientes etapas: i) promoción del FONMAT y selección de proveedores de servicios idóneos con capacidad para entregar los servicios a las comunidades beneficiarias; ii) preparación del plan de ejecución y las correspondientes propuestas de subproyectos por proveedores idóneos; iii) basándose en un estudio de los planes de ejecución y las propuestas de subproyectos, selección y contratación de los proveedores de servicios; iv) prestación de conjuntos de servicios por proveedores de servicios contratados, y v) supervisión y seguimiento de los servicios por los SILAIS. Se proporcionará asistencia técnica a los participantes principales (por ejemplo,

18/ En el caso de cada subproyecto, el proyecto financiará el 100% del subsidio parcial durante el primer año de funcionamiento, el 75% durante el segundo, el 50% durante el tercero, y el 25% durante el cuarto. A la inversa, el financiamiento de contrapartida del gobierno aumentará en forma incremental con respecto a cada subproyecto.

CDT, proveedores de servicios, comunidades y SILAIS) en cada etapa del proceso.

- 3.25 Los criterios para seleccionar a los proveedores de servicios idóneos implican pruebas indicadoras de lo siguiente: aceptación por la comunidad; ii) experiencia previa en la prestación de servicios de salud básicos, incluida la promoción de salud; iii) experiencia previa en la administración y ejecución de proyectos orientados al trabajo de base comunitaria, y iv) capacidad demostrada de administrar fondos, personal y materiales.
- 3.26 Los beneficiarios se escogen como tales en un proceso de dos etapas. En primer lugar, los municipios pobres se han identificado por medio de un proceso de representación gráfica de la pobreza, para el que se utilizan índices compuestos de necesidades básicas insatisfechas así como la concentración de poblaciones aborígenes. En segundo lugar, en el ámbito de esos municipios escogidos como objetivos, se ofrecerán incentivos a los proveedores de servicios para que orienten específicamente sus actividades hacia áreas rurales con poblaciones dispersas donde el acceso a la atención de salud es limitado.
- 3.27 La selección de planes de ejecución y propuestas de subproyectos presentados por proveedores de servicios idóneos se basará en los siguientes criterios: i) el deseo de la comunidad de participar en el subproyecto; ii) identificación de una población beneficiaria que reúna los requisitos y que tenga una población mínima de 1.200 beneficiarios al año; iii) zona geográfica definida; iv) estrategia y plan para la entrega de los servicios, y v) capacidad de organización.

4. Fondo social suplementario (componente IV)

- 3.28 Un consejo de coordinación (CC) supervisará las operaciones del FSS e informará a los donantes sobre el desempeño del programa. Bajo la dirección de un administrador nombrado por el Presidente, el CC estará compuesto de los ministros de Salud, Educación y Finanzas y de un representante de los círculos de donantes. El CC examinará y aprobará los planes anuales de trabajo presentados por los organismos de ejecución y es responsable de supervisar los desembolsos y la ejecución de los programas financiados por el FSS. Los avances en la ejecución de los programas del FSS serán supervisados mediante indicadores del desempeño acordados con los donantes. Los ministerios de ejecución del sector social serán responsables del plan técnico, supervisión y coordinación de las actividades financiadas a través del FSS, de conformidad con las pautas operativas aprobadas por el CC. EL CDT preparará planes anuales de trabajo, solicitudes de desembolso y gastos e informes sobre la marcha de los trabajos.

- 3.29 Los recursos dirigidos al FSS se depositarán en una cuenta especial del MINFIN en el Banco Central. Los organismos de ejecución presentarán solicitudes de desembolso al MINFIN basadas en planes de trabajo aprobados por el CC y las necesidades estimadas de recursos y calendarios estipulados en los mismos. EL FSS desembolsará fondos para gastos presupuestarios específicos relacionados con los programas acordados de conformidad con los procedimientos presupuestarios normales del gobierno. Los desembolsos posteriores (para un programa específico) estarán supeditados a la presentación de documentación comprobatoria de que los gastos previos se efectuaron de conformidad con los objetivos el programa y con el plan de trabajo. La compra de bienes y servicios se atenderá a procedimientos establecidos en los acuerdos y contratos de los donantes. La Oficina del Contralor General será responsable de la auditoría de las finanzas del FSS. Se llevarán a cabo auditorías externas todos los años.
- 3.30 El plan de trabajo anual acordado regirá todas las operaciones del FSS y consistirá en lo siguiente: i) descripción del programa, con los objetivos, puntos de referencia, beneficios, beneficiarios y costos previstos; ii) razón fundamental y nivel de prioridad del organismo de ejecución; iii) plan operativo; iv) sistema de supervisión; v) indicadores del desempeño, y vi) necesidades de asistencia técnica relacionadas con la ejecución del programa que se financiará por medio del FSS u otras fuentes. Una vez aprobado el plan anual, se incorporarán los gastos estimados en el presupuesto del MINSA.
- 3.31 El proyecto financiará dos actividades a través del FSS: i) plan de incentivos en dinero, y ii) la adquisición de medicamentos y materiales médicos. Tal como se resume más abajo, el gasto en estas actividades se atenderá a los procedimientos especificados en el respectivo reglamento operativo.

5. Plan de incentivos en dinero (subcomponente IVa)

- 3.32 El plan de incentivos en dinero será administrado en dos niveles y está estrechamente vinculado a la preparación y ejecución de acuerdos sobre el desempeño. En el nivel central, se asignará a un comité especializado en el seno del CDT la responsabilidad de llevar a cabo lo siguiente: i) formular, negociar y aprobar acuerdos sobre el desempeño entre el MINSA/CDT y los equipos administrativos locales de las unidades del MINSA (por ejemplo, en hospitales, SILAIS, departamentos centrales, etc.); ii) determinar el nivel de primas pagadas a dichos equipos administrativos, basándose en la estimación del desempeño, y iii) apoyar y supervisar la ejecución de los acuerdos sobre el desempeño entre los equipos administrativos y sus trabajadores.
- 3.33 A nivel local, cada unidad administrativa del MINSA (por ejemplo, hospitales, SILAIS, grandes centros de salud, administración del nivel central, etc.) constituirá un comité sobre el desempeño

compuesto de representantes de las partes (administración local y equipos de trabajadores de la salud) que participan en los acuerdos sobre el desempeño. Este comité será responsable de preparar, negociar y evaluar los acuerdos sobre el desempeño y determinar el nivel de pago de primas dirigidas a los equipos de trabajadores participantes, basándose en una estimación del desempeño.

- 3.34 Se elaborarán y negociarán indicadores cuantificables y verificables que puedan dimensionarse y ponderarse para formar la base para establecer y evaluar los objetivos del desempeño y, en última instancia, determinar el nivel de pago de incentivos. Se elaborarán indicadores para cuatro categorías de desempeño: Organización/utilización, calidad técnica, satisfacción del paciente y cobertura (atención primaria solamente). Esta metodología se presenta en el reglamento operativo para esta actividad.

6. Sistema de suministro de materiales médicos (subcomponente IVb)

- 3.35 El proyecto establecerá, en forma experimental, un sistema paralelo e impulsado por la demanda para atender a un subconjunto de servicios del MINSA y SILAIS que participan en otras actividades del proyecto. A través del FSS, el proyecto financiará la compra de medicamentos y materiales que se usarán para los subproyectos piloto en estos servicios y regiones. Las pautas operativas para esta actividad establecerán criterios de selección y evaluación de los proveedores de servicios idóneos, junto con procedimientos para la preparación del presupuesto, pedidos, compra, formación de existencias y distribución de los medicamentos y materiales médicos a los servicios que participan en las actividades experimentales.

H. Supervisión y evaluación

1. Supervisión del proyecto

- 3.36 La complejidad de este proyecto necesitará un estrecho seguimiento por el equipo técnico del Banco, y requerirá misiones anuales de supervisión durante todo el período de ejecución del proyecto. Estas misiones servirán para examinar los planes de trabajo, los planes de inversión y los progresos logrados en las actividades del proyecto, ayudando a la vez a GPA a hallar soluciones a los problemas y atascamientos que surgen durante el período de ejecución.

2. Informes anuales

- 3.37 Para facilitar los exámenes anuales, durante la ejecución del proyecto y antes de dichos exámenes, el CDT presentará informes anuales sobre los avances del proyecto en la ejecución del plan anual de trabajo vigente, tanto en los aspectos físicos como los financieros, que incluyan el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales, los progresos logrados con respecto a

cada plan de acción con indicadores de las repercusiones en relación con todos los subcomponentes, e indicadores de los progresos alcanzados según se formuló en el marco lógico (véase el Anexo II). Estos informes deben también presentar un borrador de plan anual de trabajo para el año siguiente. Junto con el primer informe anual, el prestatario presentará un plan de evaluación para cada componente, que incluya diseño, metodologías, indicadores y los correspondientes datos básicos.

3. Examen anual

- 3.38 El Banco y el prestatario sostendrán exámenes anuales para evaluar la marcha de los trabajos de ejecución del proyecto y acordar las condiciones que regirán el plan anual de trabajo para el año siguiente. Este examen se basará en un análisis de los informes y planes anuales de trabajo, indicadores del desempeño y de las repercusiones del proyecto por componente a especificarse en el contrato de préstamo, incluidos aquellos señalados en los planes de acción y en el diseño de evaluación citados en el marco lógico. El contrato de préstamo estipulará que si como resultado de estos exámenes se determina que es necesario hacer ajustes para asegurar la ejecución eficaz y oportuna del proyecto, el prestatario accederá a adoptar las medidas necesarias para ese fin.

4. Evaluación de mediados del periodo de ejecución

- 3.39 El tercer examen anual incluirá una evaluación de mediados del período de ejecución, la que implicará un estudio más a fondo de la situación general de avance del proyecto.

5. Evaluación final

- 3.40 Dentro de tres meses antes del desembolso final de todos los fondos del proyecto, el Banco llevará a cabo una evaluación final con recursos del proyecto. Esta evaluación examinará los indicadores de la labor realizada y de las repercusiones acordados con el Banco, y los avances de las medidas encaminadas a las reformas.

6. Auditoría externa

- 3.41 El prestatario, por intermedio del organismo de ejecución, presentará los estados financieros anuales del proyecto, certificados mediante auditorías externas independientes aceptables para el Banco.

I. Actividades complementarias que deberán realizarse antes del desembolso inicial

- 3.42 Una operación de cooperación técnica (TC-98-08-22-3), financiada por el Fondo Especial Japonés, y en colaboración con el MINSA, apoyará la realización de las siguientes actividades: i) comenzar la capacitación inicial y la asistencia técnica para el FONMAT;

ii) financiar un número limitado de agentes de cambio que prepararán el camino para las actividades del proyecto en unidades determinadas del MINSA, y iii) formular y poner en práctica una estrategia promocional y de comunicación social para informar a los principales interesados acerca del alcance y contenido del programa de modernización del gobierno al cual el proyecto proporciona apoyo financiero. Una operación de la Facilidad de Preparación de Proyectos financiará la asesoría de personal del CDT y la asistencia técnica externa para la elaboración de manuales operativos, planes anuales de trabajo, términos de referencia y la realización de tareas relacionadas con las primeras condicionalidades de los desembolsos.

IV. FACTIBILIDAD, BENEFICIOS Y RIESGOS

- 4.1 El proyecto propuesto se ejecutará en un ámbito político y normativo favorable, pero la factibilidad institucional y financiera sigue constituyendo una amenaza para una sostenibilidad duradera de las actividades patrocinadas por el proyecto. El compromiso del MINSA con la modernización del sector es muy fuerte, en tanto que cobran ímpetu los esfuerzos del gobierno por modernizar el sector público y abordar necesidades sociales urgentes. Las inversiones del proyecto tendrán beneficios directos para las poblaciones más vulnerables, especialmente las mujeres y niños pequeños pobres, mediante la ampliación de la cobertura de un conjunto de servicios eficaces en función de los costos, el aumento del gasto per cápita en atención materno-infantil, la reducción de la carga financiera de las familias pobres, el aumento de la disponibilidad de medicamentos y materiales médicos en los servicios hospitalarios del MINSA y el mejoramiento de la calidad de los servicios proporcionados por los hospitales públicos.

A. Factibilidad institucional

- 4.2 A pesar de ganar experiencia en la ejecución de proyectos, el MINSA sigue adoleciendo de una débil capacidad institucional. Basándose en las enseñanzas recogidas en la ejecución de los proyectos de cooperación técnica y de la Facilidad de Preparación de Proyectos, así como de operaciones financiadas por otros donantes, el presente proyecto procura establecer el sentido de propiedad, creando a la vez en el MINSA la capacidad de llevar a cabo actividades apoyadas por los proyectos y, en última instancia, el programa de modernización en su totalidad 19/.
- 4.3 Experiencias anteriores recogidas en Nicaragua han demostrado que concentrar los conocimientos técnicos dentro de los confines de una unidad de ejecución de un proyecto o delegarlos en empresas consultoras compromete la sostenibilidad institucional de largo plazo. Pero aún peor es el hecho de que fomenta una rivalidad de "nosotros contra ellos" con el personal de operaciones, ya que las unidades de ejecución a menudo se convierten en ministerios paralelos. La estructura orgánica propuesta procura evitar esta situación eliminando el concepto de una unidad de coordinación del proyecto (separada). Ello se logrará: i) integrando la ejecución del proyecto en las estructuras actuales del MINSA, y ii) fundiendo las tareas y responsabilidades (pertinentes al proceso de modernización) de los especialistas técnicos financiados por el

19/ El proyecto mismo contiene varias actividades para fortalecer la capacidad administrativa e institucional de la oficina principal del MINSA (componentes II y IV), de los SILAIS (componente III) y de los hospitales (componente I).

proyecto con las del personal de operaciones del MINSA. La comisión de modernización del sector de salud (CMSS) actuará como organismo normativo para el programa gubernamental de modernización de la salud. Bajo la dirección del Viceministro y compuesto de los jefes de direcciones del MINSA, el CDT será responsable de la coordinación del proyecto así como de proporcionar orientación técnica a la CMSS en cuanto a las políticas de modernización. Reconociendo la carga de trabajo adicional y la necesidad de fusionar las aportaciones de asistencia técnica con las unidades de operaciones y los servicios, el proyecto financiará lo siguiente: i) especialistas para que actúen como coordinadores técnicos dentro del CDT, y ii) expertos locales (agentes de cambio) que se instalarán en oficinas de operaciones y servicios importantes. Estos últimos actuarán como conductores de la descentralización de las aportaciones técnicas y de la responsabilidad de ejecución traspasándolas a los hospitales y unidades centrales del MINSA.

B. Factibilidad ambiental

- 4.4 Las actividades de infraestructura del proyecto se limitan a la rehabilitación y equipamiento de dos hospitales, y se prevé que no tendrán un efecto ambiental negativo. Los hospitales que reciben financiamiento del proyecto deberán establecer programas de capacitación y sistemas para la gestión de los desechos, según se establece en el reglamento operativo. Dada la deficiente situación ambiental observada en los hospitales públicos, los planes de acción del proyecto apoyarán las siguientes actividades: i) como parte de un proceso global de acreditación, la formulación y aprobación de normas, políticas y mecanismos de aplicación de las disposiciones para controlar y administrar los desechos sólidos y líquidos en los hospitales; ii) preparación y puesta en práctica de normas de gestión ambiental que rijan la gestión interna de los desechos, la salud del personal y las disposiciones de seguridad para el funcionamiento de los equipos; iv) elaboración y ejecución de programas de capacitación y educación ambiental sobre manejo de desechos para autoridades de la salud y personal hospitalario, y v) dado que los sistemas municipales carecen de infraestructura para tratamiento adecuado, rehabilitación de la infraestructura e instalación de equipo y sistemas para el tratamiento "autónomo" de los desechos sólidos y líquidos.

C. Análisis financiero y económico

- 4.5 **Impacto fiscal de las acciones del proyecto.** La sostenibilidad del proyecto dependerá de la capacidad del gobierno de sufragar los costos ordinarios resultantes de las acciones del proyecto. Se prevé que los gastos de funcionamiento relacionados con el personal, mantenimiento, compra de materiales, etc. aumentarán debido a las siguientes actividades apoyadas por el proyecto: i) instalación de un sistema de información para la gestión administrativa; ii) establecimiento de un sistema de acreditación;

iii) mejoramiento de las instalaciones y el equipo en dos hospitales; iv) plan de incentivos en dinero; v) ampliación de la cobertura a través del FONMAT, y vi) adquisición de materiales médicos a través del FSS. Hay tres fuentes de reducción de los costos: i) disminución del gasto en remuneraciones como resultado de la aplicación del fondo de indemnización por despido; ii) ahorro derivado del mejoramiento de los procedimientos de adquisición y distribución de medicamentos y materiales médicos, y iii) aumento de la eficiencia como consecuencia del mejoramiento de la gestión administrativa y la reorganización de los servicios privados prestados en los hospitales públicos.

4.6 Se prevé que el gasto total del gobierno en salud en 1998 alcanzará a US\$67 millones. Las estimaciones del efecto financiero del proyecto se basan en el supuesto de que el gasto del gobierno en salud en dólares nominales aumentará en 25% el primer año (1999) para pagar los aumentos de sueldos ocasionados por la solución de una huelga reciente, y crecerá anualmente a un 2,5% en lo sucesivo. El gobierno también se ha comprometido a incrementar el gasto no relacionado con el personal en términos reales durante la ejecución del proyecto. El ahorro logrado gracias al fondo de indemnización por despido y otras medidas orientadas a la eficiencia no sólo compensarán los gastos ordinarios generados por otros componentes del proyecto sino que además sufragará parcialmente el costo del aumento de los sueldos del MINSA. El proyecto no tiene como objetivo llenar el vacío financiero creado por el aumento de los sueldos. El gobierno tendrá que depender en transferencias externas adicionales que se encauzarán a través del fondo social suplementario para cubrir dicha brecha.

4.7 **Eficacia en función de los costos.** La combinación de servicios de salud maternoinfantil consiste en acciones de gran eficacia demostrada en función de los costos en cuanto a reducir la carga de la morbilidad de acuerdo con estudios internacionales. Además, la relación global costos-eficacia, estimada en US\$50 por AVAD (año de vida ajustado en función de la discapacidad) ganado, es congruente con planes de servicios de salud de gran eficacia en función de los costos organizados en otros lugares 20/.

D. Beneficios

4.8 Beneficios para personas pobres y mujeres. El FONMAT está dirigido específicamente a 46 municipios donde se concentra más del 80% de las poblaciones aborígenes. Esta actividad abarcará a una cantidad estimada en 94.000 mujeres y 75.000 criaturas. El conjunto de servicios consiste en acciones orientadas a abordar las necesidades

20/ Sobre la base de estimaciones hechas por el Banco Mundial (1993), los planes de servicios de salud con un costo de US\$50 por AVAD ganado se consideran altamente eficaces en función de los costos.

críticas en materia de salud de la mujer y del niño, es decir, atención prenatal, maternidad, servicios puerperales, salud reproductiva y puericultura.

- 4.9 El FONMAT cubrirá a las poblaciones aborígenes mediante el financiamiento de subproyectos especiales en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), orientándose específicamente a tres municipios en que habitan la mayoría de las poblaciones de las etnias mizquito y suma. Se calculan 4.500 embarazos y 4.000 partos anuales en estos municipios. Actualmente, menos del 10% tienen acceso a una atención materno-infantil adecuada. El objetivo del proyecto es incrementar la cobertura a 40%.
- 4.10 El costo medio del FONMAT por pareja beneficiaria (mujer embarazada y su criatura) será de US\$47, cifra de la cual el 73% representa costos médicos, 6%, costos de transporte para mejorar el acceso a los servicios, y 21%, costos de promoción sanitaria. Los beneficiarios del FONMAT representarán el 6% de la población total de los municipios seleccionados. El gasto público anual corriente a nivel municipal se estima en US\$14,50 por pareja beneficiaria por concepto de acciones y en US\$7,8 per cápita por concepto de todos los servicios prestados a la totalidad de la población. En el cuarto año del proyecto, el gasto por beneficiario (pareja) en acciones a través FONMAT aumentará tres veces (de US\$14,50 a US\$47) en tanto que el gasto total per cápita se incrementará en 30% (US\$7,8 a US\$10,10).
- 4.11 La mayor importancia dada a los hospitales de Managua tiene especial relevancia, si se considera que el 30% de la población reside en la zona metropolitana, los hospitales son centros de remisión de pacientes, y atienden a pacientes de todo el país, y los establecimientos hospitalarios públicos son los principales centros de atención para los pobres. En Managua, donde el 53% de la población vive en condiciones de pobreza, los hospitales del MINSA atienden más del 80% de la demanda de servicios de hospitalización, y ello incluye el 87% de todos los nacimientos.
- 4.12 **Nivel de salud.** El proyecto mejorará el nivel de salud reduciendo la mortalidad materna e infantil en una cifra estimada en 40% en el caso de los beneficiarios directos del FONMAT en los municipios seleccionados, y como consecuencia se salvarán más de 4.200 vidas. Utilizando datos del Banco Mundial sobre la carga de la morbilidad en países con ingresos similares a los de Nicaragua, se infirió que la carga anual de la morbilidad en el país es de 233 AVAD perdidos por cada 1.000 habitantes. La cobertura de la atención prenatal aumentará, según estimaciones, de 29% a 70% en los municipios beneficiarios, en tanto que la cobertura de la atención de los niños menores de un año aumentará de 22% a 60%. La cobertura alcanzará a más del 90% en el 15° año si el gobierno prolonga el programa. Bajo ese supuesto, el FONMAT reduciría la carga de la morbilidad en 20% en los municipios beneficiarios durante dicho período.

- 4.13 **Bienestar social y alivio económico.** El efecto directo del FONMAT en los ingresos disponibles de las unidades familiares es limitado. Las familias actualmente gastan sumas de dinero relativamente pequeñas en atención maternoinfantil. En las zonas rurales, cerca de la mitad de todas las mujeres que solicitan asistencia para el parto no pagan por el servicio prestado, mientras que las que sí lo hacen gastan en promedio US\$7,40. El 65% de las mujeres que procuran atención preventiva para sus hijos no pagan de su propio bolsillo, en tanto que las que lo hacen gastan en promedio US\$0,84 por visita. Por lo tanto, los pagos por concepto de servicios preventivos maternoinfantiles actualmente representan cerca del 0,4% del ingreso anual del grupo familiar (estimado en US\$986). El pago compartido del FONMAT a los usuarios, fijado en 5% de los costos totales, reduciría a la mitad el monto que las unidades familiares gastan actualmente en esos servicios, lo que aumentaría su ingreso disponible para otros servicios de salud o no relacionados con la salud en 0,2%. Los beneficios del FONMAT no se pueden juzgar con imparcialidad por el efecto que puedan tener en el gasto del grupo familiar en salud, sino más bien por las ventajas que en materia de salud van asociadas con una mayor cobertura. Los beneficios del proyecto para los grupos familiares sobrepasarán los del FONMAT, puesto que el proyecto también subvencionará el suministro de medicamentos y materiales médicos a nivel rural, beneficio que también recibirán las familias pobres.
- 4.14 **Eficiencia.** El proyecto aumentará la eficiencia como se indica a continuación: i) introduciendo instrumentos (como los acuerdos sobre el desempeño, los incentivos en dinero y los sistemas de pago de hospitales) que proporcionan incentivos a los proveedores y administradores de los servicios para que entreguen productos de calidad a costos más bajos; ii) aplicando mecanismo modernos de gestión (financiera, administrativa y clínica) en los hospitales públicos y reduciendo el promedio de duración de la permanencia en el hospital y las hospitalizaciones innecesarias; iii) reduciendo los escapes, el malgasto y las pérdidas por vencimiento de los productos y por el uso indebido y almacenamiento y distribución inadecuados causados por las fallas de los sistemas de suministro de medicamentos y materiales médicos en los hospitales; iv) asignando recursos a acciones de gran impacto y eficaces en función de los costos, orientadas específicamente a las poblaciones pobres y de difícil atención; v) mejorando la capacidad de los hospitales de utilizar y mantener eficientemente la infraestructura y los equipos y activando servicios complementarios que no están en uso, y vi) disminuyendo el gasto en remuneraciones mediante la racionalización del número y combinación de especialidades del personal de los servicios de salud.
- 4.15 **Calidad.** Se aumentará la calidad por medio de lo siguiente: i) el establecimiento de un proceso de acreditación que requiera normas mínimas de calidad a los proveedores de los servicios de salud; ii) la adopción de incentivos a los proveedores de los servicios

para premiar la calidad y la satisfacción de los pacientes (por ejemplo, incentivos en dinero, acuerdos sobre el desempeño, FONMAT); iii) el establecimiento de protocolos para guiar la prestación de servicios materno-infantiles; iv) el mejoramiento de los servicios de apoyo en los hospitales, y v) la adopción de la gestión integrada de los casos, los protocolos terapéuticos y otras iniciativas para asegurar la calidad en los hospitales.

E. Riesgos

4.16 En el Cuadro 4 se presentan los riesgos y las medidas para reducirlos.

CUADRO 4: Riesgos y medidas para su reducción

RIESGO	MEDIDAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO
Insuficiente capacidad institucional y alta rotación del personal.	Este riesgo se mitigará mediante la integración de la coordinación del proyecto y la asistencia técnica en las unidades de operaciones del MINSA que son responsables de la ejecución. Los recientes aumentos de sueldos del personal, junto con la aplicación del fondo de indemnización por despido (componente II) y el plan de incentivos en dinero (componente IV) también contribuirán a disminuir el riesgo.
Disminución de las asignaciones presupuestarias.	La sostenibilidad financiera continuará siendo un riesgo a largo plazo. Se podrá mitigar mediante lo siguiente: i) la aplicación del fondo de indemnización por despido; ii) mejoras en la eficiencia de la gestión financiera, la gestión hospitalaria y la adquisición y distribución de medicamentos; iii) la asunción progresiva de la responsabilidad financiera de las actividades del proyecto con fuertes implicaciones de costos ordinarios (FONMAT, acreditación), y iv) la generación de ingresos adicionales mediante la reorganización de los servicios privados en los hospitales.
Dificultad para poner en práctica las acciones en materia de gestión administrativa hospitalaria y establecer las estructuras de administración autónoma.	El reglamento operativo condiciona el financiamiento de las inversiones en infraestructura y equipos a la realización de las actividades relacionadas con la gestión. Además, iniciativas recientes en materia de políticas procuran: i) descentralizar la gestión administrativa delegando el uso de los recursos a los hospitales y los SILAIS, y ii) democratizar el ejercicio de la autoridad mediante la creación de juntas directivas en estas mismas entidades.
Oposición del personal de salud organizado.	El riesgo se mitigará manteniendo la participación activa de los grupos de médicos en la formulación y aplicación del programa de modernización y poniendo en práctica campañas de comunicación social dirigidas a grupos específicos. El acuerdo colectivo originado por la solución de una reciente huelga del personal médico dio como resultado un compromiso de los médicos de apoyar el programa.

Marco Lógico del Proyecto de Modernización de la Red Hospitalaria de MINSA

Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>ir a mejorar el estado de salud on nicaragüense</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducción de las tasas de mortalidad infantil en 40% para la población beneficiaria del proyecto en 4 años (72,000 menores de un año, 4,200 vidas salvadas). 2. Reducción de las tasas de mortalidad materna en 40% para la población beneficiaria del proyecto en 4 años (94,000 embarazos a término). 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de estadísticas vitales • Sistema de información desarrollado por el proyecto • Encuesta de hogares • Evaluación del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Que se cree un consenso sobre los objetivos y la estructura institucional del sector salud mediante el programa de modernización • Que el Gobierno siga comprometido con la estrategia de desarrollo social y la lucha contra la pobreza • Que las variables exógenas que afectan la salud se mantengan o no se deterioren (saneamiento, agua, educación de la niña, etc.)
<p>mejorar la eficiencia y la capacidad de MINSA para formular y icas, gestionar programas, y cios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de un marco político explícito y público del Gobierno sobre el sector salud y el papel de las instituciones de salud. 2. Nuevo marco regulatorio que define la red hospitalaria y las instancias publicas de supervisión y acreditación. 3. Reestructuración funcional MINSA con respecto a la gestión descentralizada de hospitales. 4. Reasignación del gasto público en salud 5. Subsidios a la demanda para financiar un paquete costo-efectivo de servicio maternos-infantiles a poblaciones pobres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Salud • Encuestas de Usuarios • Informes del Proyecto • Sistema de Informática desarrollado en el proyecto • Documento de Política Pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las autoridades nacionales y el Congreso aprueben una nueva ley general de salud y una ley de hospitales • Que se reorienta la distribución del gasto público según las prioridades establecidas por el Gobierno para el sector salud
<p>mejorar la calidad de la provisión de salud y de la atención médica ión del usuario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número y tipo de proveedores recibiendo fondos públicos aumentado 2. Al menos 50% de los usuarios perciben un cambio favorable en la prestación de servicios apoyados por el proyecto. 3. Sistemas de acreditación para proveedores implantados en 4 años. 4. Protocolos implantados para tratamientos de mayor demanda en 4 años. 5. Reducción de la tasa de infección hospitalaria por 50% en año 4. 6. Al menos un 70% de los medios que moldean la opinión pública percibe una clara consistencia entre los dichos y los hechos promovidos por el liderazgo del MINSA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de Usuarios • Informes del Proyecto • Sistema de Informática-proyecto • Archivos hospitalarios, regionales • Sistemas de Acreditación • Evaluación del Proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Que se cree una Comisión de Modernización y un Consejo Directivo Técnico(CDT) • Que el personal de contraparte tenga la disponibilidad y voluntad de ejecutar el proyecto.

Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p><u>Ampliar la cobertura con equidad</u> n de servicios de salud con cial a la salud materno-infantil .</p>	<p>1. Aumento de la tasa de parto institucional de 22 a 60% en la población beneficiaria en 4 años. (Aumento de 8% a 43% en población indígena beneficiada).</p> <p>2 Aumento de la tasa de cobertura de atención prenatal oportuna de 29 a 70% en la población beneficiada en 4 años.</p> <p>3 Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de 1 año del 22 a 70% en la población beneficiaria en 4 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Estadísticas Vitales Informes de seguimiento del Proyecto Evaluación del Proyecto 	
<p>OS</p> <p><u>Modernización Gerencial y</u> <u>la Autogestión Hospitalaria:</u> de 12 intervenciones para stión, organización y provisión n los hospitales pilotos.</p> <p><u>Infraestructura y Equipamiento:</u> a capacidad de resolución de los otos.</p>	<p>1.1. Compromiso de gestión firmados en año 1.</p> <p>1.2 Planes de modernización de gestión hospitalaria implantados en año 2.</p> <p>1.3 Planes de inversión implantados en año 4.</p> <p>1.4 Gestión autónoma de los hospitales pilotos en años 3-4</p> <p>1.5 Programa de gestión de desechos y plan de mantenimiento implantado en año 4.</p> <p>1.6 Sistema de gerencia financiera establecida en año 3.</p> <p>1.7 Programa de garantía de la calidad implantado en año 2.</p> <p>1.8 400 enfermeras entrenados en gestión del paciente.</p> <p>1.9 Nuevas estructuras gerenciales establecidas en año 2.</p> <p>1.10 Estándares de calidad implantados en año 3.</p> <p>1.11 Reglamento interno aprobado para los servicios diferenciados en año 2.</p> <p>1.12 Cartera de servicios diferenciados aprobados en año 2.</p> <p>1.13 Sistema interno de inventario y distribución de suministros implantado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informes del CDT Sistema de acreditación hospitalaria Auditoría anual de hospitales Planes de Modernización e Inversión de cada hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Que se apruebe la condición legal de los hospitales autónomos Que exista un clima laboral favorable
<p><u>Desarrollo Institucional del</u> <u>Apoyo a la Gestión</u> <u>Hospitalaria</u></p> <p>to institucional de MINSA</p> <p><u>de INH definido y capacidad</u></p> <p><u>a de gestión financiera integrada</u> nivel central; sistema alternativo spitales implantado</p>	<p>2.1 Marco del convenio de gestión establecido en año 1.</p> <p>2.2 Convenios de gestión firmado con 5 hospitales en año 2.</p> <p>2.3 Estructura, organización y funcionamiento de las instancias de MINSA en apoyo a hospitales definida.</p> <p>2.4 Nuevos circuitos MINSA-hospitales implantados en año 3.</p> <p>2.5 Red hospitalaria de Managua reconfigurada y cartera de servicios aprobada en año 3.</p> <p>2.6 Nueva estructura de presupuesto aprobado en año 1.</p> <p>2.7 Sistema integral de administración financiera establecido e implantado en MINSA año 2.</p> <p>2.8 Valor de URAN determinado en año 2.</p> <p>2.9 Sistema nuevo de pago a hospital implantado en año 3.</p> <p>2.10 Función financiera separada de función de provisión de servicios médicos - año 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informes semestrales del proyecto Nuevo organigrama de INH o Informes semestrales Informes semestrales del Proyecto Evaluación del Sistema de Información Financiera Evaluación del Piloto Auditoría anual 	<ul style="list-style-type: none">

Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<u>Integral de informática</u> en los hospitales pilotos y en	2.11 Módulo de Producción implantado en año 1. 2.12 Módulo de Recursos Financieros implantado en el año 2. 2.13 Módulo de abastecimientos implantado en el año 3. 2.14 Módulo de costos y facturación diseñado y implantado en el año 4.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de los hospitales • Informes semestrales del CDT • Pruebas de evaluación del sistema 	
<u>Adopción de nuevas políticas</u> nuevos roles institucionales y públicas/privadas definidas e nuevas, nuevo marco legal y hospitalario desarrollado, y procesos de acreditación	2.15 Marco regulatorio del hospital autónomo implantado en año 1. 2.16 Políticas de acreditación definidas y el sistema funcionando en año 3. 2.17 Nuevas leyes, marco regulatorio, y reglamentos sobre hospitales aprobados.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de leyes y reglamentos 	
<u>Comunicación Estratégica</u>	2.18 Programa y estrategia de comunicación social diseñado en el primer año 2.19 Campana multimedia implantado en año 2.		
<u>Movilidad Laboral;</u> del fondo en forma voluntaria	2.20 960 médicos separados y compensados 2.21 ____ administrativos separados y compensados. 2.22 MINSA gastos en personal reducidos por ____ %	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de informes de liquidación 	
<u>DE MATERNIDAD E</u> <u>SEGURAS:</u> Extensión de un paquete materno-infantil a de acceso limitado o sin acceso en de alto riesgo, extrema pobreza n indígena.	3.1 Programa de promoción implementado en el primer año 3.2 5 Subproyectos seleccionados en el primer año 3.3 13 subproyectos funcionando en año 2. 3.4 20 subproyectos financiados y en marcha para 94,000 mujeres y 72,000 niños en 4 años. 3.5 Sistema de monitoreo y supervisión de subproyectos establecido en año 1. 3.6 Sistema de asignación de recursos de contraparte establecido en año 1. 3.7 Quince proveedores públicos y cinco privados fortalecidos 3.8 5 (de 8 con municipios en extrema pobreza) SILAIS fortalecidos como supervisores al cabo de 4 años 3.9 20 comités locales funcionando al cabo de 4 años 4.1 Sistema de asignación de recursos implantado en año 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoría anual del Fondo • Informes del CDT • Informes de Evaluación del FONMAT • Datos del sistema de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Que haya disponibilidad de recursos contraparte
<u>PLEMENTARIO SOCIAL:</u> gramas prioritarias de MINSA y asto per cápita en salud	4.4 Indicadores de desempeño identificados y aprobados en el primer año. 4.5 Metodología de evaluación de desempeño y asignación de bonificaciones aprobada en el primer año. 4.6 compromisos de gestión firmados entre entidades de	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de MINFIN • Auditoría anual del esquema 	<ul style="list-style-type: none"> • Que hayan avances en el programa de modernización del sector público

Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	gerencia y equipos de trabajadores en año 2. 4.7 ____ equipos de salud consistiendo de ____ trabajadores recibirán bonificaciones por desempeño en 4 años.		
Sistema de Suministros de Sistema de suministros que optimice medicamentos operando en forma eficiente en la disponibilidad de medicamentos y suministros en ____ SILAIS y	4.8 Cuadro Básico y Formulario Terapéutico distribuido- año 1 4.9 Descentralización del presupuesto a los proveedores locales implantada en el año 3. 4.10 Estándares y correspondiente sistema de control de calidad implantados en el año 3. 4.11 Sistema de protocolos terapéuticos establecidos en año 2. 4.12 Sistema de acreditación, homologación y registro de productos establecido en año 3. 4.13 Sistema de adquisiciones instantáneas implantados en año 3..	<ul style="list-style-type: none">• Informes semestrales de la UCP• Visitas al campo (pilotos)	

PLAN DE ADQUISICIONES
Apoyo a la modernización de los hospitales del MINSA (NI-0024)

Adquisiciones para el programa principal	Financiamiento	Método (miles de US\$)	Precalificación	Fecha aproximada de publicación en AEA
A. Contratación de obras				
Nueva construcción US\$1.848.200	90% BID	LPI superior a \$1.500 LPN de \$350 a \$1.490 CNP inferior a \$49	Sí Sí No	Cuarto trimestre de 1999
Rehabilitación US\$5.327.000	90% BID	LPI superior a \$1.500 LPN de \$350 a \$1.490 CNP inferior a \$49	Sí Sí No	Cuarto trimestre de 1999
B. Adquisición de bienes				
Equipos no médicos US\$1.594.000	100% BID	LPI superior a \$250 LPN entre \$50 y \$249 CNP inferior a \$49	Sí No No	Segundo trimestre de 2000
Equipos médicos US\$4.041.000	100% BID	LPI superior a \$250 LPN entre \$50 y \$249 CNP inferior a \$49	Sí Sí No	Segundo trimestre de 2000
Equipos de computación US\$1.766.200	100% BID	LPI superior a \$50 CNP inferior a \$49	Sí No	Segundo trimestre de 2000
Vehículos US\$393.700	100% BID	LPI superior a \$250 LPN entre \$50 y \$249 CNP inferior a \$49	Sí No No	Segundo trimestre de 1999
Fármacos US\$6.103.400	100% BID	LPI superior a \$50 CNP inferior a \$49	Sí No	Segundo trimestre de 1999
C. Contratación de servicios				
Capacitación US\$2.710.400	100% BID	LPN superior a \$50 CNP entre \$25 y \$49 PA inferior a \$24	No No No	n/a
Impresos y campaña promocional US\$917.800	100% BID	LPN superior a \$50 CNP inferior a \$49	No No	n/a
Consultorías (Empresas) US\$370.800	100% BID	Acuerdo de oferta especial	Sí	Primer trimestre de 1999
Consultorías (Individuales) US\$3.451.400	77% BID	LPN superior a \$50 CNP inferior a \$49	No No	n/a
Ningún contrato superior a US\$100.000				

PA - Por administración
LPI - Licitación pública internacional
LPN - Licitación pública nacional
CNP - Comparación nacional de precios

CORRESPONDENCIA ENTRE LOS PROBLEMAS DEL SECTOR DE SALUD Y LAS ESTRATEGIAS Y COMPONENTES DEL PROYECTO

Problemas y síntomas principales del sector de salud	Aspectos positivos y recursos del sistema	Estrategias y objetivos del proyecto	Componentes, subcomponentes y actividades del proyecto
<p>Problemas en la producción hospitalaria no integrada</p> <p>Deficiente e infraestructura hospitalaria</p> <p>Deficiente técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia red de servicios e instalaciones - Voluntad política para reformar la gestión administrativa hospitalaria 	<p><u>Apoyar la transformación de la gestión administrativa hospitalaria</u> adoptando un criterio moderno de ejercicio de la autoridad, organización, gestión y estructuras y procesos clínicos</p> <p><u>Mejorar el equipamiento y la infraestructura</u>, vinculando estas inversiones a la reforma de la gestión administrativa</p>	<p>Componente 1: Gestión administrativa hospitalaria</p> <p>Modernización; mejoramiento de infraestructura</p>
<p>Fragmentada de políticas y prioridades superpuestas</p> <p>Responsabilidad de normas</p> <p>Información inadecuada de los recursos y gestión financiera</p> <p>Gestión y provisión de recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la necesidad de reestructurar el MINSA y reducir las nóminas - Reconocimiento de la necesidad de reconfigurar la red hospitalaria - El sistema integrado de información ya está diseñado - Parte del presupuesto ya está descentralizado 	<p><u>Vincular la asignación de los recursos con el desempeño</u>, adoptando otro sistema de pago a los hospitales y "contratos" de desempeño.</p> <p><u>Reducir el número de trabajadores innecesarios</u>, poniendo en práctica un plan voluntario de indemnización por despido.</p> <p><u>Fortalecer el papel del MINSA como líder</u>, reestructurando las unidades de nivel central, creando una unidad de gestión financiera, organizando el proceso de acreditación y poniendo en práctica la gestión integrada de la información.</p>	<p>Componente 2: Fortalecimiento de la capacidad del MINSA de apoyar operaciones hospitalarias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración y fortalecimiento de la gestión administrativa - Gestión financiera y otros sistemas de pago a los hospitales - Marco jurídico y regulador - Estrategia de comunicación social - Fondo de indemnización por despido
<p>Limitación en el acceso a los servicios y en su cobertura</p> <p>Falta de financiamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colectividad de donantes activos - Prioridad del gobierno en el sentido de orientar los beneficios hacia las poblaciones pobres con acceso limitado - Experiencias positivas de participación comunitaria en los programas de salud 	<p><u>Mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios a las poblaciones que reciben atención insuficiente</u>, implantando la adquisición de un conjunto de servicios básicos a prestadores públicos y privados de servicios, destinado a las poblaciones mencionadas y que incorpora un sistema de pago orientado a los resultados.</p>	<p>Componentes 3/4: Fondo para un parto seguro, maternidad y niñez sin riesgo</p>
<p>Falta de financiamiento</p> <p>Responsabilidad</p> <p>Deficiente de los materiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colectividad de donantes activos - Reconocimiento de la necesidad de aumentar los niveles de remuneraciones 	<p><u>Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios del MINSA, así como la satisfacción del usuario</u> estableciendo un vínculo entre la remuneración y el desempeño del trabajador.</p> <p><u>Mejorar el suministro de medicamentos y materiales médicos</u> mediante el apoyo a la adquisición de dichos artículos y estableciendo un sistema transparente, integrado y eficiente de adquisiciones y distribución</p>	<p>Componente 4: Apoyo al fondo social de salud complementario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de incentivos en dinero - Modernización del sistema de suministros médicos

CUADRO DE COSTOS PARA EL SISTEMA CONTABLE Y DESEMBOLSOS
(En US\$)

CATEGORIAS	BID	GON	TOTAL
1. Consultores/capacitación	10,075.5	1,620.9	11,696.4
2. Infraestructura, equipo médico y otros equipos/materiales.	14,223.5	971.2	15,194.7
2.1 Infraestructura	6,433.6	803.4	7,237.0
2.2 Equipo médico	4,498.7	0.0	4,498.7
2.3 Otros equipos/materiales	3,291.2	167.8	3,459.0
3. Indemnizaciones	9,033.2	0.0	9,033.2
4. Paquetes de servicios y promoción de salud	3,056.3	899.3	3,955.6
5. Fondo Social Suplementario	9,167.0	0.0	9,167.0
6. Reembolso del PPF	427.0	0.0	427.0
7. Administración y Costos Recurrentes	1,115.3	1,460	2,575.3
7.1 Administración	489.3	0.0	489.3
7.2 Costos recurrentes	626.0	1,460.0	2,086.0
8. Costos financieros	1,464.0	267.0	1,731.0
8.1 Inspección	488.0	0.0	488.0
8.2 Interés	976.0	0.0	976.0
8.3 Comisión de crédito	0.0	267.0	267.0
TOTAL	48,561.8	5,218.4	53,780.2

PROYECTO DE RESOLUCION

NICARAGUA. PRESTAMO ____/SF-NI A LA REPUBLICA DE NICARAGUA
(Asistencia para la Modernización de Hospitales del MINSA)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Nicaragua, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un proyecto de modernización de la red hospitalaria del Ministerio de Salud -MINSA-. Dicho financiamiento será por una suma hasta de US\$48.600.000, o su equivalente en otras monedas, excepto la de Nicaragua, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, y se sujetará a los "Plazos y Condiciones Financieras" y a las "Condiciones Contractuales Especiales" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.