

POLÍTICA DEL SECTOR SALUD Y PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

(TC-95-03-11-2-GY)

RESUMEN EJECUTIVO

SOLICITANTE: Ministerio de Finanzas

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MS)

BENEFICIARIOS: Gobierno de Guyana, Ministerio de Salud

FINANCIAMIENTO:

BID:	US\$2.500.000 (ingreso neto FOE)
Aporte local:	US\$250.000
Total:	US\$2.750.000

PLAZOS:

Período de ejecución:	24 meses
Período de desembolso:	36 meses

CLASIFICACIÓN AMBIENTAL: En su reunión del 13 de junio de 1997, el Comité de Impacto Ambiental y Social (CESI) decidió que no era necesaria una evaluación ambiental y social. En el documento se indican otras sugerencias de los miembros del CESI.

OBJETIVOS: El objetivo de este proyecto es ayudar al Gobierno de Guyana a definir y poner en práctica políticas encaminadas a resolver problemas institucionales, financieros, administrativos y de prestación de servicios en el sector de salud.

DESCRIPCIÓN: La cooperación técnica permitirá al MS tener acceso a servicios de consultoría técnica, ofrecer capacitación en el trabajo y hacer pruebas de campo con ciertas opciones para examinar los siguientes aspectos clave de política: a) reorganización y fortalecimiento de la estructura institucional del sector de salud; b) elaboración de un plan para el suministro integrado de servicios con base en una estrategia de atención primaria; c) preparación de una estrategia para el desarrollo de recursos administrativos y humanos; d) identificación de opciones para el financiamiento del sector de salud y mecanismos para la asignación de recursos que le permitan al MS concentrarlos en la solución de los problemas más importantes de salud pública, así como a aquellos grupos de población que corren más riesgo, y e) preparación de un plan para mejorar la organización, administración y financiamiento del

Hospital Público de Georgetown (GPH), como paso previo a la atención de otras necesidades de desarrollo infraestructural. La ejecución del proyecto correrá por cuenta del MS, que establecerá un Comité de Política para impartir dirección general y una Unidad de Administración del Proyecto (UAP) dirigida por el coordinador del proyecto para administrar las actividades.

BENEFICIOS:

Se espera que el proyecto aumente la capacidad del MS para formular y aplicar políticas para el sector con base en un análisis lógico de los problemas y una evaluación de las opciones. Este proyecto también ayudará al MS a poner en práctica las medidas sobre política para el sector de salud contenidas en la Agenda del Sector Social de la iniciativa para los países pobres muy endeudados (PPME), actualmente en evolución, lo que a su vez aumentará la capacidad del sector para absorber los aumentos previstos en las asignaciones presupuestarias para el sector de salud.

RIESGOS:

Existen dos riesgos principales. El primero se refiere a la limitada capacidad institucional disponible dentro del MS, principalmente como resultado de la escasez de personal calificado. Este proyecto fue diseñado para aumentar la capacidad mediante la promoción de una estrecha colaboración con consultores residentes a largo plazo e incentivos financieros por la participación del personal de contrapartida.

El segundo riesgo es que aunque se dedique un gran esfuerzo a la formulación de políticas y procedimientos, estas no puedan ponerse en práctica debido a la falta de consenso o de capacidad. Este riesgo se mitiga con la inclusión de pruebas de campo para ensayar alternativas y facilitar el camino a nuevas políticas y sistemas.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAÍS:**

En el contexto de la preparación del Programa para Aliviar el Impacto Social – Etapa II (GY-0025), el Gobierno de Guyana formuló, debatió y respaldó una estrategia para el sector social del país. En ese sentido, se acordó que el Banco se concentrara en operaciones pequeñas destinadas al fortalecimiento institucional, y en cambios de organización diseñados para mejorar los servicios de una manera sostenible. Una vez que se adelante en el fortalecimiento de la capacidad institucional y en la aplicación de cambios de política clave, serán factibles los programas de inversión mayores.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Antes del primer desembolso, el gobierno y el MS presentarán al Banco: a) el proyecto de contrato que se firmará con el coordinador del proyecto seleccionado; b) pruebas del nombramiento de los cinco funcionarios de contrapartida principales, uno para cada componente del proyecto, y c) una propuesta para seleccionar y ofrecer compensación adicional para atraer más personal de contrapartida.

I. ANTECEDENTES

A. El sector de salud en Guyana

- 1.1 Los indicadores de salud de Guayana, que son muy deficientes cuando se comparan con los de otros países de la región del Caribe, reflejan 20 años de decadencia económica y deficiencias muy serias en la calidad, eficacia, eficiencia y equidad de sus servicios de salud. En 1995 se calculó que la tasa de mortalidad infantil era de 45 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad entre menores de 5 años era de 69 por 1.000 y la expectativa de vida al nacer era de 66 años. Aunque las enfermedades crónicas figuran entre las causas principales de defunción, otras afecciones como la malaria, diarrea, infecciones agudas de las vías respiratorias y desnutrición, siguen siendo importantes contribuyentes a la morbilidad y mortalidad. Este perfil epidemiológico sugiere que se pueden lograr adelantos considerables en la salud por medio de mejoras en la atención básica preventiva y curativa suministrada en las instituciones de más bajo nivel.
- 1.2 El sector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de salud, aunque en los últimos años se ha registrado un crecimiento notable de los servicios privados. La estructura de las instalaciones en el sistema de salud pública —que consta de cinco niveles de complejidad creciente, desde puestos de salud locales atendidos por trabajadores de salud de la comunidad hasta el Hospital Público de Georgetown (GPH) que tiene 600 camas— está bien diseñada conceptualmente para las características geográficas y demográficas del país, y asegura un gran acceso a los servicios. Sin embargo, en los últimos 20 años se ha registrado un deterioro notable en la calidad de estos servicios, dando lugar a la reaparición de enfermedades transmitidas por vectores y a un aumento evidente en la mortalidad infantil. Gran parte del impacto de la decadencia económica recayó sobre las instalaciones de más bajo nivel y los servicios prestados fuera de Georgetown, lo que dio lugar a una interrupción del sistema de referencias, por lo que los pacientes solicitan atención directamente del HPG, a un costo sustancial para los pobres de zonas rurales.

B. Problemas principales del sector

- 1.3 La mala calidad de los servicios públicos a todos los niveles puede atribuirse a varios factores, entre ellos una estructura orgánica inadecuada, la capacidad deficiente del Ministerio de Salud para definir prioridades y administrar y supervisar el sistema, la escasez aguda y el uso ineficiente de personal capacitado, equipos y productos farmacéuticos, una infraestructura física dilapidada y, hasta hace poco, una falta de énfasis en servicios de atención primaria. Muchos de estos problemas pueden deberse a años de decadencia económica que dieron lugar a estrictas restricciones fiscales. Entre ellas, la escasez de personal calificado en

ciertas categorías, producto de sueldos bajos y tasas elevadas de migración, representa una importante restricción pues afecta al suministro de servicios, especialmente fuera de Georgetown, y a la propia capacidad del MS para identificar las prioridades del sector y formular una estrategia sostenible para atenderlas.

- 1.4 A pesar de las restricciones fiscales, el Gobierno de Guyana ha seguido proporcionando servicios totalmente subsidiados, con cargos nominales por el uso de camas privadas en el Hospital de Georgetown. Desde 1991, a raíz de la recuperación económica, se invirtió la tendencia declinante de las asignaciones presupuestarias al sector salud. Los gastos públicos presupuestados en 1997 representan el 2,9% del producto interno bruto, porcentaje similar al promedio en países de América Latina y el Caribe. No obstante, estos recursos no son suficientes para apoyar la extensa infraestructura de salud pública construida durante un período de prosperidad, y la gran variedad de servicios ofrecidos. El GPH, por sí solo, absorbe un tercio de los gastos públicos ordinarios. Al propio tiempo, aunque los servicios públicos se ofrecen sin cargo alguno, los gastos menores han aumentado, y se estima que representan el 20% del gasto total en salud.
- 1.5 La organización descentralizada del sistema de salud pública instituido en los años ochenta no funciona eficazmente y obstaculiza la solución de los problemas del sector. En teoría, el MS es responsable de la formulación de política, de la planificación estratégica y del seguimiento de los indicadores de salud, mientras que la prestación de servicios recae en su mayor parte sobre 10 administraciones regionales. Sin embargo, la división de responsabilidades sigue mal definida y existe una falta de coordinación y rendición de cuentas. Aunque las regiones son responsables de suministrar los servicios, las funciones críticas continúan centralizadas en el MS, entre ellas la distribución de medicamentos y materiales, personal y la administración de programas verticales, como el de salud materno-infantil. Al mismo tiempo, el MS solo cuenta con insumo y control limitados sobre los presupuestos regionales y la aplicación de políticas nacionales a nivel regional. Estos problemas se ven complicados por limitaciones en la capacidad administrativa de los funcionarios de salud regionales y la propia falta de capacidad del MS para ejercer eficazmente su función de seguimiento, debido a la escasez de personal calificado, la falta de un moderno sistema de información de salud y administrativa, y el uso de prácticas administrativas anticuadas.

C. Experiencia del Banco en el sector de salud

- 1.6 El BID ha sido la mayor fuente de fondos para la infraestructura de salud en Guyana. En 1978 aprobó el proyecto de Atención de Salud I (544/SF-GY) por la suma de US\$8,8 millones, destinado a construir y equipar instalaciones fuera de Georgetown, así como una cooperación técnica para capacitar personal. En 1988 el Banco aprobó el

proyecto de Atención de Salud II (822/SF-GY) por US\$27,9 millones, para llevar a cabo la primera etapa de una rehabilitación completa del GPH, un conjunto de edificios dilapidados que databa de los años 1800. En virtud de este proyecto, también se firmaron dos contratos paralelos de cooperación técnica, uno para la ejecución del proyecto (ATN/SF-3211-GY) y otro para el fortalecimiento institucional del MS (ATN/SF-3206-GY).

- 1.7 En 1996 se completaron los componentes principales del préstamo, o sea, la construcción de un Centro de Atención Ambulatoria, Diagnóstico y Cirugía en el GPH, y el reemplazo de la lavandería y la planta generadora de vapor y energía eléctrica para todo el hospital. La cooperación técnica no reembolsable para el fortalecimiento institucional no alcanzó todos los objetivos fijados, dada la deficiencia de la unidad ejecutora del proyecto, la escasez de personal técnico y a no haberse adoptado las recomendaciones de política, pero su último año de ejecución terminó en la redacción de la primera parte del Plan de Salud Nacional (NHP), el primer esfuerzo sistemático hecho en 20 años para identificar los problemas del sector y definir un marco para la política de salud.

D. Estrategia del gobierno y del Banco

- 1.8 Como parte de los preparativos del Programa para Aliviar el Impacto Social (SIMAP) - Etapa II en 1996 (LO-905/SF-GY), el gobierno formuló, debatió y apoyó una estrategia para el sector social del país, que se concentra en mejorar de manera sostenible la calidad y eficiencia de los servicios sociales. Se da prioridad máxima a las actividades de fortalecimiento institucional y a los cambios de organización en el sector público, antes de iniciar grandes inversiones de capital.
- 1.9 En el caso del sector de salud, recientes iniciativas del gobierno, incluida la elaboración del Plan Nacional de Salud y un énfasis renovado en la atención primaria de salud, demuestran su incansable dedicación a resolver de manera amplia los problemas en la organización, suministro y financiamiento de servicios. El Plan Nacional de Salud identificó muchas de las restricciones que afectan al sistema de atención de salud y señaló posibles reformas en varios campos, pero no llegó a definir nuevas políticas y una estrategia operacional para las reformas. Por tanto, existe no solo una necesidad sino también una oportunidad de que el Banco brinde su apoyo para ayudar en la formulación y puesta en práctica de las políticas del sector salud.
- 1.10 Esta asistencia también es compatible y complementaria con la Iniciativa para los Países Pobres muy Endeudados (PPME), un mecanismo para la reducción de deudas patrocinado por donantes, para el cual Guyana recientemente cumplió los requisitos de participación. Se espera que la Iniciativa PPME ayude a Guyana a sustentar su deuda y liberar recursos presupuestarios considerables

del servicio de ésta a partir de su punto de conclusión. Una parte sustancial de estos recursos está destinada a gastos en los sectores sociales, entre ellos los de salud, educación y alivio de la pobreza, mientras que el resto podría destinarse a resolver de manera sostenida el problema de la remuneración del servicio civil. La cooperación técnica propuesta ayudará al gobierno a alcanzar las metas fijadas con los donantes, y expresadas en una Matriz de Política para el Sector Salud (ver Anexo III), y le permitirá utilizar más eficientemente los crecientes recursos presupuestarios.

II. OBJETIVOS

- 2.1 El objetivo de este proyecto es ayudar al Gobierno de Guyana a definir y poner en práctica políticas destinadas a resolver sus problemas institucionales, financieros, administrativos y de suministro de servicios en el sector salud, mejorando así la eficiencia, equidad y calidad de los servicios de salud. En el Plan Nacional de Salud y otros estudios disponibles se ha definido los principales problemas del sector y ahora el país debe formular estrategias claras para resolver cada tipo de problema.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. El proyecto

- 3.1 El programa de cooperación técnica aquí propuesto tratará de alcanzar los objetivos mencionados, mediante el suministro coordinado de servicios de consultoría técnica, capacitación, pruebas de campo de las opciones en ciertas áreas y la preparación de planes de acción y/o proyectos que le permitirán al gobierno adoptar y llevar a la práctica opciones satisfactorias a escala nacional. Estas actividades se concentrarán en cinco campos críticos de política estrechamente relacionados, a saber: a) la reorganización y fortalecimiento de la estructura institucional del sector salud; b) la formulación de una estrategia para el suministro integrado de servicios de salud; c) el desarrollo de capacidad administrativa y recursos humanos; d) la identificación de opciones para el financiamiento del sector salud y mecanismos para la distribución de recursos, y e) el desarrollo institucional del Hospital Público de Georgetown (GPH).
- 3.2 Un grupo de consultores residentes a largo plazo, complementado con expertos a corto plazo, ayudará al MS a identificar opciones de política concretas en los cinco campos críticos, a evaluar sus consecuencias jurídicas, económicas y técnicas, a seleccionar entre alternativas y a formular planes de ejecución. Los consultores a

largo plazo serán empleados por una sola firma y trabajarán como un equipo a los efectos de asegurar que haya uniformidad entre todos los componentes. Las actividades podrán incluir pruebas experimentales de nuevos procedimientos o políticas, como una manera de evaluar su viabilidad a pequeña escala, a la par que se reducen los riesgos al mínimo, antes de ponerlos en práctica en toda la nación. Las pruebas de campo aumentarán todavía más las probabilidades de que finalmente se adopten las opciones diseñadas con apoyo del proyecto y se pongan en práctica con buenos resultados a nivel nacional.

- 3.3 El proyecto también proporcionará recursos para la capacitación vinculada a la ejecución del proyecto. Se espera que la mayor parte de la capacitación la proporcionen los consultores residentes o a corto plazo, y que tenga lugar en el país. Los cursos fuera del país normalmente serán en forma de visitas de estudio individuales o en grupos (o sea, de un mes o menos de duración) o, cuando se considere apropiado, participando en cursillos (de un mes o menos).
- 3.4 Al ayudar al MS a definir y ejecutar sus políticas, este proyecto probablemente identificará nuevos campos en los que deba introducirse más cambios o inversiones en instituciones del sector. Por consiguiente, se ha asignado recursos para que el MS pueda crear una cartera de nuevos proyectos basados en las prioridades del sector, que pueda financiarse con ayuda interna o externa una vez terminada la cooperación técnica.

B. Componentes y actividades del proyecto

1. Reorganización y fortalecimiento de la estructura institucional del sector de salud

- 3.5 Este componente tiene por objeto permitirle al MS asumir sus funciones de formulación de política, regulación, apoyo y seguimiento, según se esbozan en el Plan Nacional de Salud, a la vez que se aclaran las funciones y responsabilidades de las autoridades regionales y su relación con el MS.
- 3.6 Entre las actividades principales de este componente figuran las siguientes:
 - a. Formulación de opciones para la reorganización de las responsabilidades dentro del sector de salud, definiendo funciones, líneas claras de presentación de informes y rendición de cuentas, así como las relaciones entre los organismos públicos del sector, incluido el MS, administraciones regionales y organizaciones paraestatales.
 - b. Preparación y aplicación de un plan estratégico para reorganizar el MS de manera que pueda ejercer eficazmente sus funciones de formulación de política, según se especifican en

la matriz de política sobre salud para los países pobres muy endeudados. Este plan se basará en la labor inicial realizada por el gobierno en el contexto de la Iniciativa PPME y, para facilitar su aplicación, deberá incluir una definición clara de la naturaleza y secuencia del cambio que se hará, las nuevas leyes requeridas y los elementos clave inherentes a la administración del cambio.

- c. Formulación y ejecución de un programa de capacitación para el personal básico del MS a fin de prepararlo para desempeñar nuevas funciones y responsabilidades, especialmente en campos relacionados con el análisis y ejecución de políticas, así como en la fijación y seguimiento de normas ambientales en conformidad con el nuevo contexto institucional introducido en virtud del Programa de Gestión Ambiental financiado por el BID (TC-95-04-39-GY).

2. Estrategia para el suministro integrado de servicios de salud

- 3.7 El objetivo de este componente es ayudar al MS a mejorar los servicios de salud mediante la formulación de una amplia estrategia destinada al suministro integrado de servicios con base en la atención primaria de salud. Esta estrategia servirá de base para guiar la asignación de recursos humanos, financieros y de otro tipo entre regiones, niveles de servicio e instalaciones, en respuesta a las necesidades de la población.
- 3.8 Entre las actividades principales de este componente figuran las siguientes:
 - a. Evaluación de las necesidades de salud, patrones de demanda y utilización, y recursos disponibles (materiales y humanos) en los sectores público y privado. Se deberá prestar atención específica a las necesidades no satisfechas de grupos vulnerables, como niños, mujeres y amerindios.
 - b. Formulación de una estrategia para la organización y suministro de servicios, que incluya la definición de un conjunto básico de servicios que se suministrará a cada nivel, así como mecanismos de referencia y contra-referencia; una combinación de servicios públicos/privados para la prestación de conjuntos de servicios; creación de protocolos de tratamiento/servicio y la definición de normas de atención (calidad); determinación de recursos humanos y financieros necesarios a diferentes niveles e instalaciones; normas generales para el suministro de productos farmacéuticos, médicos y otro tipo de insumos para instituciones de salud, y el apoyo a estas.
 - c. Diseño y ejecución del programa de capacitación que incluya normas y protocolos para intervenciones prioritarias, para el personal sanitario, en particular los trabajadores sanitarios

de la comunidad, enfermeras y otras categorías de personal clínico.

- d. Identificación de prioridades de inversión basadas en patrones de demanda y utilización y deficiencias del servicio resultantes de la condición actual de la infraestructura y el desempeño de los programas.

3. Desarrollo de capacidad administrativa y recursos humanos

3.9 Este componente le permitirá al MS desarrollar recursos humanos y capacidad administrativa a todos los niveles del sistema de salud, incluyendo el propio ministerio, niveles descentralizados e instalaciones públicas y privadas. Las actividades de diseño se concentrarán en las necesidades administrativas del sector durante los próximos cinco años, e incluirán un estudio de los sistemas e instituciones de enseñanza.

3.10 Las actividades principales de este componente incluyen las siguientes:

- a. Evaluación de las principales deficiencias administrativas a nivel central y regional del MS, así como en instalaciones individuales, y formulación de una estrategia para resolverlas, incluyendo un programa de capacitación para Funcionarios Regionales de Salud y gerentes de instalaciones en los sectores público y privado.
- b. Diseño de sistemas de información (administrativa, prestación de servicios, epidemiología y de otro tipo) para vigilar la eficiencia, eficacia y calidad en los puntos donde se suministra el servicio.
- c. Evaluación de las prácticas seguidas actualmente para la capacitación, contratación, remuneración y administración de personal del sector público a todos los niveles, y definición de una estrategia sobre recursos humanos para resolver estos problemas.

4. Formulación de opciones para el financiamiento de servicios de salud y mecanismos para la asignación de recursos

3.11 Este componente se concentrará en la identificación, formulación y ensayo de opciones para mejorar la eficiencia y equidad en el uso de los recursos de salud pública. Se diseñará una estrategia para el financiamiento del sector de salud que permita una mejor selección y asignación de los recursos del sector público a las intervenciones más eficaces en función del costo y a los grupos de población que corren más riesgo.

3.12 Entre las actividades principales de este componente figuran las siguientes:

- a. Evaluación general de las fuentes de fondos y sus usos en el sector, incluyendo los sectores público y privado y organismos paraestatales; estudio de los criterios y prácticas actuales para la asignación de recursos en el sector, y evaluación del impacto de la equidad y la eficiencia.
- b. Examen de las actuales propuestas y establecimiento de mecanismos para recuperar los costos, incluyendo cargos a los usuarios en hospitales de atención secundaria y terciaria, con las debidas excepciones para los pobres, así como la evaluación y posible prórroga de los mecanismos de financiamiento comunitario existentes que se están formulando con ayuda de UNICEF.
- c. Determinación de los costos del suministro de conjuntos apropiados de servicios a cada nivel. Designación de una serie de indicadores de costos para diferentes servicios y tipos de instalaciones, para usarlos con fines de planificación y presupuestación.
- d. Desarrollo de mejores prácticas presupuestarias que le permitan al MS y las administraciones regionales vincular los recursos al desempeño de las instalaciones.
- e. Redacción de una propuesta para asegurar que la mayor parte de los recursos presupuestarios disponibles a la conclusión de la Iniciativa PPME, se destinen a intervenciones de atención preventiva y primaria de alta prioridad, según se especifica en la matriz de política de salud.

5. Desarrollo institucional del Hospital Público de Georgetown

- 3.13 Este componente le permitirá al MS mejorar la organización, administración y financiamiento del Hospital Público de Georgetown (GPH), con objeto de utilizar mejor las inversiones anteriores en la institución y sentar las bases para atender futuras necesidades de infraestructura.
- 3.14 Entre las actividades principales de este componente figuran las siguientes:
 - a. Evaluación de los servicios suministrados actualmente por el GPH en el contexto de otros servicios disponibles en el área de Georgetown, y la función del hospital en el sector salud; formulación de un plan de servicios en el que se especifiquen el tipo, calidad y cantidad de los servicios prestados, así como mecanismos de referencia apropiados.
 - b. Elaboración de un plan estratégico para definir y fortalecer la organización, administración y financiamiento de la institución como organismo semiautónomo.

- c. Evaluación de la infraestructura y demás requisitos de inversión, incluyendo la evaluación del sitio y la preparación de un plan maestro para futuras inversiones en el hospital.
- d. Formulación de un plan para el control de desechos médicos, en el que se especificarán los procedimientos para su manejo, separación, empaquetado, transporte, tratamiento y eliminación definitiva. Este factor se deberá incluir en las inversiones futuras del GPH, y se aplicará a todas las que se hagan en la infraestructura de salud.

C. Ejecución del proyecto

- 3.15 El MS será responsable de la ejecución del proyecto, descrita en el esquema del Anexo II. Para asegurar una visión sectorial clara e integrada, así como un progreso identificable a partir de la determinación de opciones para la reforma de política y su selección y ejecución como parte de la cooperación técnica, se establecerá un Comité de Política integrado por el Ministro de Salud, el Secretario Permanente, la alta gerencia del MS, el coordinador del proyecto y representantes del Ministerio de Servicios Públicos, del Ministerio de Finanzas y de las Administraciones Regionales. Este comité se encargará de dirigir la política general, de tomar decisiones sobre los resultados de la cooperación técnica y de establecer vínculos con otras dependencias del gobierno, según sea necesario, para llevar a cabo las reformas.
- 3.16 El MS establecerá una Unidad de Administración del Proyecto (UAP) dentro del Ministerio, dirigida por un coordinador del proyecto, que se encargará de administrar la cooperación técnica. Las funciones técnicas las desempeñará el coordinador del proyecto, e incluirán la selección y contratación de consultores, organización del programa de trabajo para consultores y personal de contrapartida, elaboración de términos de referencia, supervisión de la calidad técnica de los resultados y difusión de éstos dentro del MS. Las funciones administrativas las realizará el Coordinador con la ayuda de un contador y un funcionario administrativo. Ciertas funciones administrativas específicas, como la obtención y administración de fondos, se pueden subcontratar a unidades ejecutoras experimentadas ya existentes de otros proyectos financiados por el BID, como el SIMAP.
- 3.17 En el Anexo IV se presenta los términos de referencia para el coordinador del proyecto. La selección del candidato a coordinador y el proyecto de contrato entre éste y el MS son condiciones previas al primer desembolso. Dada la escasez de personal técnico en el país, el MS ha expresado el deseo de buscar un guyanés expatriado para el cargo, para cuyo fin se están proporcionando recursos. Si se encuentra un coordinador de proyecto local, la remuneración se ajustará en consecuencia.

- 3.18 El proyecto lo llevará a cabo un equipo integrado por la alta gerencia del MdH y el GPH, una firma de consultoría y el coordinador del proyecto. Dado el pequeño número de administradores en el MdH y el GPH, prácticamente todos los altos funcionarios del MS trabajarán en el proyecto, participando en las actividades conforme a la especialidad de cada quien. Sin embargo, a fin de asegurar que se concentre la atención en todos los componentes del proyecto, el MS nombrará a un funcionario jerárquico de contrapartida para cada uno de ellos, con una responsabilidad clara en cuanto a su ejecución en estrecha colaboración con los consultores residentes a largo plazo, y coordinará las actividades dentro del sector y con otras dependencias del gobierno, según sea necesario. La designación de los cinco funcionarios de contrapartida será una condición previa al primer desembolso.
- 3.19 Una firma de consultoría brindará la asistencia técnica necesaria para esta cooperación técnica, que incluirá tres consultores residentes a largo plazo especializados en los campos de política de salud, planificación de salud y administración de instalaciones, por un total de 24 meses cada uno; consultores a corto plazo y fuentes y tipos adecuados de capacitación. Los términos de referencia para la firma de consultoría figuran en el Anexo V. Los servicios de esta firma se obtendrán conforme a procedimientos aceptables para el Banco. Los criterios de selección que se utilizarán para evaluar las propuestas pondrán énfasis en contar con la presencia de un equipo de consultores a largo plazo, con una combinación óptima de especializaciones y en que se transfiera la tecnología por medio de la capacitación en el trabajo del personal homólogo. Se prevé que el contrato con la firma de consultores tenga una duración de 24 meses; se seleccionarán los tres consultores permanentes por un período inicial de un año a los efectos de que se puedan introducir cambios en la combinación de especializaciones a medida que avance el proyecto. El contrato para los servicios de consultoría especificará los procedimientos que deberá seguir la firma, el gobierno y el MS en relación con la aprobación de términos de referencia, candidatos y fechas para misiones individuales. El Banco aprobará el contrato propuesto entre el gobierno y la empresa de consultoría antes de que estos lo firmen. En el plazo de un mes después de su contratación, la firma de consultoría presentará un plan de trabajo detallado para los seis primeros meses.

IV. INFORMES Y SEGUIMIENTO

- 4.1 El seguimiento del proyecto se llevará a cabo por medio de informes de progreso regulares e informes técnicos a medida que estén terminados.

- 4.2 Los informes y la función de monitoreo serán responsabilidad primaria de la Unidad de Administración del Proyecto (UAP). El coordinador del proyecto preparará informes de progreso trimestrales para documentar las actividades realizadas durante los tres meses anteriores, así como un plan de trabajo para el período siguiente, basado en la información técnica proporcionada por los funcionarios principales de contrapartida y los consultores residentes. Estos informes serán presentados al BID y al Comité de Política dentro de los 30 días siguientes a la conclusión de cada período de tres meses.
- 4.3 Los consultores y sus contrapartidas presentarán copias de todos los informes técnicos al Banco y el Comité de Política, por intermedio del Coordinador del Proyecto. El Comité de Política y el Banco examinarán estos informes y presentarán recomendaciones por escrito.
- 4.4 La UAP también presentará al BID estados financieros anuales, que incluirán un estado final, para documentar los usos dados a las contribuciones del Banco y de contrapartida. Estos estados serán certificados por auditores independientes seleccionados de mutuo acuerdo por el gobierno y el Banco en conformidad con procedimientos aceptables para este último. Los estados financieros anuales se presentarán dentro de los 90 días siguientes al cierre del ejercicio fiscal, y el estado final dentro de los 90 días siguientes a la fecha del último desembolso.
- 4.5 Un año después de firmarse el contrato, se hará una evaluación de la cooperación técnica a mitad de período. Esta evaluación medirá el progreso alcanzado hasta la fecha y en ella se determinará si es preciso hacer algún ajuste o cambios en el diseño del proyecto y en la combinación de especialidades de los consultores a largo plazo. Se espera que en esa oportunidad habrá terminado la evaluación de todos los diagnósticos y opciones en todos los componentes, y se habrá hecho planes detallados para la ejecución, incluyendo pruebas de campo. Dos años después de la firma del contrato se hará una segunda evaluación, que estará diseñada para determinar el progreso alcanzado hasta entonces, e identificar áreas en las que el BID podría ayudar en el futuro. El coordinador del proyecto preparará el borrador de un informe final en el que se resumirá los resultados de la cooperación técnica, y lo presentará a la aprobación del BID dentro de los 30 días siguientes a la conclusión de las actividades.

V. COSTOS Y FINANCIAMIENTO

- 5.1 El costo de este contrato de cooperación técnica de dos años se estima en US\$2,75 millones, de los cuales el Banco proporcionará US\$2,5 millones con carácter no reembolsable, y el Gobierno de

Guyana US\$250.000. Con la contribución del Banco se financiarán los honorarios y gastos generales de la firma de consultoría, transporte, viáticos, honorarios de instructores y equipo básico. También se han hecho asignaciones nominales para cubrir el costo de las pruebas de campo y la preparación del proyecto. Los fondos nacionales de contrapartida cubrirán el costo del espacio para oficinas, gastos de operación de vehículos y personal auxiliar.

- 5.2 Para asegurar la participación del gobierno y que se imparta la capacitación en el trabajo, el contrato de cooperación técnica exigirá al gobierno que garantice la disponibilidad de personal de contrapartida adecuado para trabajar en los componentes del proyecto. La contribución nacional de contrapartida prevé el pago de compensación adicional a ciertos profesionales de contrapartida debido a su mayor responsabilidad y sueldos inadecuados. Se está examinando la cuestión general de los sueldos del sector público como parte de la operación de la Iniciativa PPME para Guyana. Las nuevas políticas que se adoptarán en ese contexto proporcionarán la necesaria sustentación a medio y largo plazo. Sin embargo, dentro de los dos años siguientes, una mejora en los actuales niveles de compensación le brindará incentivos a los funcionarios de contrapartida para participar plenamente en las actividades del proyecto, aprovechen las oportunidades de aprendizaje e incrementen la propiedad por parte de Guyana en el trabajo global, mientras desempeñan sus responsabilidades actuales. Antes del primer desembolso, el gobierno presentará una propuesta para seleccionar personal con derecho a recibir esos aumentos de sueldo, así como un procedimiento para determinar niveles adicionales de remuneración, basados en los procedimientos seguidos en el Proyecto de Administración Pública financiado por el Banco Mundial y otros programas auspiciados por donantes. El total de recursos de contrapartida para el pago de la compensación adicional en el marco del proyecto, no será superior a US\$150.000.
- 5.3 A continuación se presenta el presupuesto consolidado. En el Anexo VI del archivo técnico se encuentra un presupuesto detallado, así como las hipótesis presupuestarias.

PRESUPUESTO CONSOLIDADO
(en US\$000)

ACTIVIDAD	TOTAL	BID	GOBIERNO
Servicios de consultoría	1.648	1.648	
Capacitación 1/	172	157	15
Prueba de campo de las opciones	50	50	
Preparación del proyecto	200	200	
Coordinador del proyecto	144	144	
Apoyo general	286	71	215
Imprevistos	250	230	20
TOTAL	2.750	2.500	250

1/ Supone 5 meses/persona de consultores a corto plazo. No se incluye la capacitación en el trabajo que suministrarán los consultores residentes a largo plazo.

- 5.4 Los desembolsos de la contribución del Banco, con excepción de la cantidad reservada para imprevistos, serán administrados por el MS por intermedio de la UAP. A solicitud escrita del gobierno, el Banco podrá establecer un fondo rotatorio equivalente al 10% de su contribución.
- 5.5 Antes de solicitar el primer desembolso de los recursos del Banco, el gobierno, a satisfacción del Banco, deberá presentar la documentación siguiente: a) comunicación escrita indicando la persona o personas que representarán al gobierno en todas las comunicaciones dirigidas al Banco en relación con la ejecución del proyecto; b) una petición escrita de desembolso del fondo rotatorio; c) el borrador de contrato que se firmará con el Coordinador del Proyecto; d) prueba del nombramiento de los cinco profesionales de contrapartida, y a) una propuesta para seleccionar y compensar al personal de contrapartida.

VI. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Beneficios

- 6.1 Se espera que el proyecto aumente la capacidad del MS para formular y poner en práctica políticas destinadas a resolver los problemas críticos de índole institucional, administrativa, financiera y de suministro de servicios del sector, con base en un análisis sensato de éstos y una evaluación de las opciones. La aplicación de estas políticas producirá una mayor eficacia, eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud. Concretamente, al reestructurar la organización del sector mediante el desarrollo de una capacidad

para el suministro integrado de servicios basada en la atención primaria, el mejoramiento de la capacidad administrativa y mecanismos de asignación de recursos, esta operación también permitirá asignar mejor los recursos al tipo correcto de servicios, a los niveles apropiados del sistema de salud (o sea, un mejor sistema de referencia operativo) y a quienes más los necesitan.

- 6.2 Este proyecto también le permitirá al MS agilizar la aplicación de las medidas de política para el sector de salud (fortaleciendo la capacidad institucional, humana y de formulación de políticas, y estableciendo un sistema de información administrativa y estadísticas) contenidas en la agenda de la iniciativa PPME para el sector social, que a su vez aumentarán la capacidad del sector para absorber los aumentos previstos en las asignaciones presupuestarias al sector salud y sentarán las bases para más reformas.

B. Riesgos

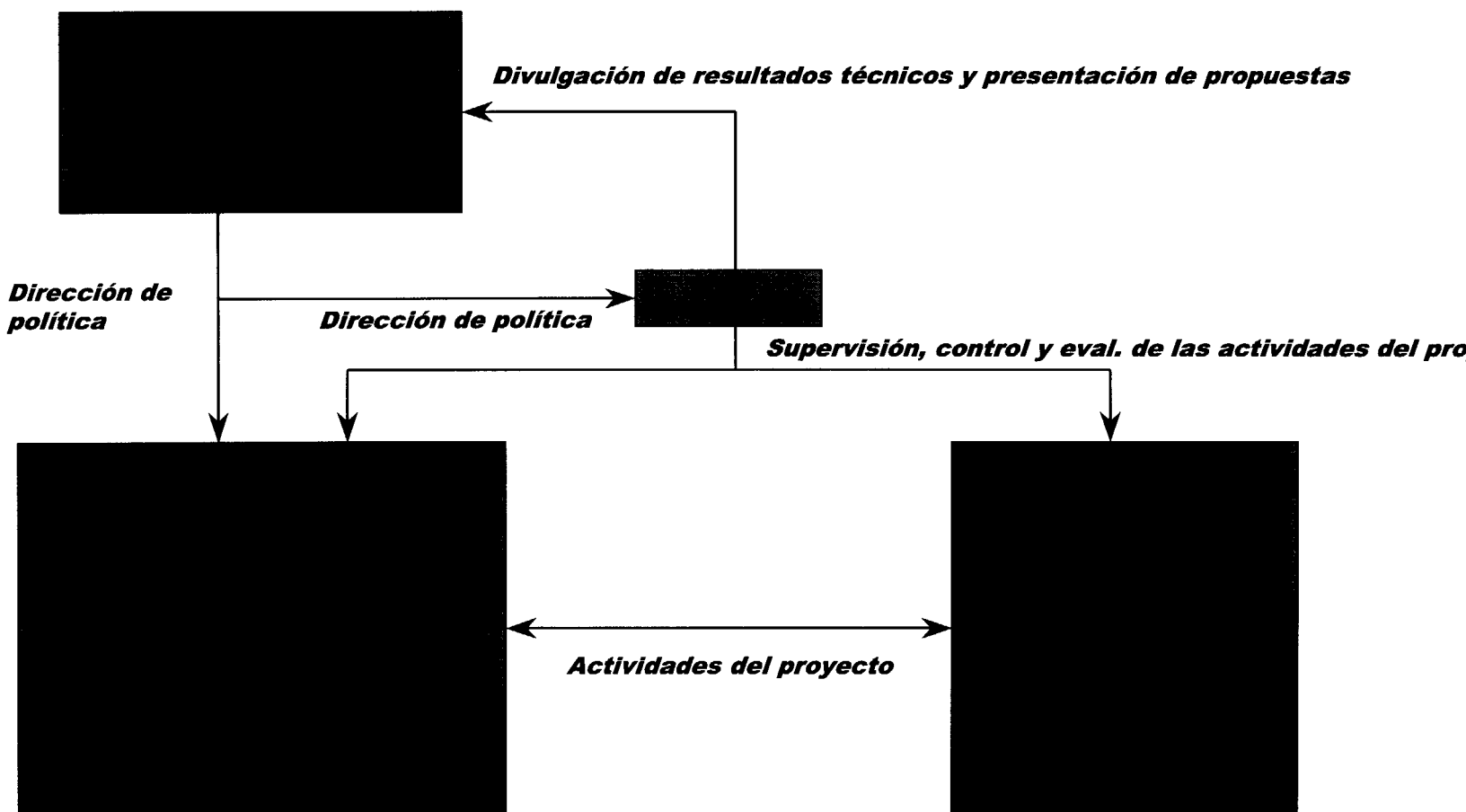
- 6.3 Existen dos riesgos principales. El primero tiene que ver con la limitada capacidad institucional disponible dentro del MS, principalmente como resultado de la escasez de personal calificado. Con esta operación se trata de generar capacidad sin tener que aumentar indebidamente la carga de trabajo de unos pocos, asignando prioridades a la asistencia a largo plazo en zonas críticas y promoviendo una estrecha colaboración y trabajo en equipo entre el personal del MS y los consultores técnicos residentes a largo plazo. Esta interacción favorecerá la transferencia de técnicas y reducirá la necesidad de impartir capacitación formal en favor del aprendizaje práctico en el servicio. El proyecto también brindará incentivos financieros para alentar la participación activa de ciertos profesionales de contrapartida, de modo que contribuyan plenamente con su experiencia y conocimientos a las actividades del proyecto.
- 6.4 El segundo riesgo es que aunque la formulación de políticas y procedimientos requiera mucho esfuerzo, no se llegue a poner en práctica debido a la falta de consenso o de capacidad. Este riesgo se mitigará con la inclusión de pruebas de campo para ensayar alternativas y facilitar la adopción de nuevas políticas y sistemas. Además, el fortalecimiento de la capacidad institucional y administrativa dentro del sector también contribuirá a viabilizar la implementación de nuevas políticas.

MARCO LÓGICO PARA EL PROGRAMA DE POLÍTICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD DE GUYANA
(TC-95-03-11-2-GY)

DESCRIPCIÓN	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	HIPÓTESIS
Mejora de salud de la población en Guyana	Mejoramiento de los indicadores de salud básicos.	Estadísticas vitales y de salud.	Las mejoras en calidad, equidad de los servicios y mejoras en el estado de salud.
El Ministerio de Salud a definir y poner en marcha las estrategias destinadas a resolver los problemas financieros, administrativos y de servicios identificados en el Plan Nacional de Salud para Guyana.	Documentos de política del MS que contienen propuestas específicas para resolver los problemas institucionales, financieros y administrativos. Las propuestas están reflejadas en el presupuesto programado.	Documentos de política del MS. Presupuesto y gastos del MS. Informes del proyecto.	Los problemas que se identifican en el NHP representan las restricciones principales al mejoramiento de los servicios de salud.
Reorganización y fortalecimiento de la estructura institucional del sector.	Preparada una nueva estructura orgánica del MS. Se volvió a definir la relación entre el MS y las Administraciones Regionales.	Informes del proyecto. Documentos de política del MS. Notas del Gabinete.	Las opciones para reformar la estructura institucional del sector reciben apoyo político de los organismos clave del gobierno y del Gabinete.
Definición de una estrategia para el suministro de servicios de salud basada en un enfoque de atención primaria.	Definición de conjuntos de servicios que se prestarán a cada nivel del sistema, con énfasis en la atención preventiva y primaria. Programas verticales integrados en el sistema de suministro. Definidos los criterios para asignar recursos humanos, financieros y de otro tipo entre niveles de servicios e instalaciones. Elaborados los protocolos y normas para intervenciones prioritarias y adiestramiento del personal en estos campos. Sistema de referencias en funcionamiento.	Informes del proyecto. Documentos de política del MS. Visitas a instalaciones.	Existen sólidas relaciones de colaboración entre el personal del MS a nivel central, las Administraciones Regionales y los Funcionarios de Salud Regionales.

DESCRIPCIÓN	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	HIPÓTESIS
de capacidad administrativa y recursos	Los Funcionarios de Salud Regionales y los administradores de instalaciones reciben capacitación en administración. Diseñados los sistemas de información administrativa. Formulada la estrategia de recursos humanos.	Informes del proyecto.	Las políticas sobre personal en el sector público son reformadas para permitir que el sector salud retenga personal capacitado.
de opciones para el financiamiento de salud y mecanismos para la asignación de recursos a fin de hacer una mejor distribución de recursos públicos.	Estudio detallado de fuentes de fondos y su uso en el sector. Diseño e introducción de mecanismos para recuperar costos. Mejores prácticas presupuestarias para asignar prioridades a la distribución de recursos para atención primaria.	Informes del proyecto. Presupuestos del MS e instalaciones.	Consenso del gobierno sobre la necesidad de incrementar los recursos recuperados y asignar prioridades a la atención primaria.
institucional del Hospital Público de la zona.	Elaborado y ejecutado el plan para mejorar la organización y administración del GPH como institución semiautónoma. Evaluación del sitio y plan maestro para futuras inversiones. Elaborado y ejecutado el plan para el control de desechos médicos.	Informes del proyecto. Documentos de política del MS. Reuniones con la Junta del GPH y la alta gerencia.	Disposición del MS para otorgar mayor autonomía al GPH.
Costos al proyecto: Costo del proyecto Costo de consultoría Costo de tiempo Costo del proyecto	US\$144.000 (24 meses/persona) US\$1.648.000 (88 meses/persona, que incluye 72 meses/persona de consultores residentes a largo plazo) US\$172.000 (5 meses/persona, 10 talleres y 6 becas/visitas de estudio en el extranjero) US\$50.000 (5 pruebas de campo) US\$200.000	Informes del proyecto	

EJECUCIÓN DEL PROYECTO
TC-95-03-11-2-GY



Matriz de política del sector de salud de países pobres muy endeudados 1/

OBJETIVOS	MEDIDAS REQUERIDAS	INDICADORES VERIFICABLES
1. Fortalecer la capacidad institucional del MS ygy modernizar los recursos humanos.	a. Llevar a cabo la reestructuración/reorganización del MS.	i. Conclusión del plan en colaboración con la Comisión de Servicio Público a más tardar en abril de 1998. ii. Aprobación del plan por el Gabinete a más tardar en junio de 1998. iii. La implementación comienza en agosto de 1998 y termina a más tardar en diciembre de 1998.
	b. Elaborar y ejecutar un plan de capacitación para el personal del MS.	i. Conclusión del plan a más tardar en abril de 1998. ii. Asignar recursos en el presupuesto del ejercicio fiscal de 1999.
2. Mejorar los servicios de salud.	a. Aumentar la asignación presupuestaria para salud.	i. El gasto total (corriente y de capital) alcanzará el 3,2% del PIB para 1998. ii. El gasto total (corriente y de capital) alcanzará el 3.8% del PIB para el 2000.
	b. Aumentar la proporción del presupuesto gastada en medicamentos y materiales médicos.	i. El gasto en medicamentos y materiales médicos alcanzará el 27,3% del gasto corriente en salud en 1998. ii. El gasto en medicamentos y materiales médicos alcanzará el 30,5% del gasto corriente en salud para el año 2000.
	c. Aumentar la proporción del presupuesto gastada en mantenimiento.	i. El gasto en mantenimiento alcanzará el 10% del gasto corriente en salud en 1998. ii. El gasto en mantenimiento alcanzará el 12% del gasto corriente en salud para el año 2000.
	d. Aumentar el gasto en servicios primarios y preventivos para incrementar el impacto en la salud, mejorar el acceso a los servicios básicos y aumentar la atención de los pobres.	i. El 80% del aumento en los gastos se destinará a servicios preventivos de alta prioridad y atención primaria, especialmente en puestos de salud, centros de salud y hospitales de distritos.
	e. Evaluar el papel de ciertos cargos a usuarios y asociaciones públicas/privadas para mejorar la selección de gastos en salud pública.	i. Se preparará un informe de evaluación a más tardar en agosto de 1998.
3. Mejorar el sistema de información administrativa y las estadísticas de salud.	a. Elaborar un plan para fortalecer el sistema de información administrativa y una base de datos de estadísticas de salud (la cobertura debiera incluir estadísticas generalmente aceptadas sobre salud y gastos conforme a definiciones estandarizadas internacionalmente).	i. Fecha de conclusión del plan: julio de 1998. ii. La implementación comienza en septiembre de 1998.

1/ Este cuadro lo prepararon las autoridades guyanesas en colaboración con el personal del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el BID. El borrador final será presentado a las Juntas de estas tres instituciones a fines de noviembre. Las autoridades guyanesas tomarán algunas de las medidas contenidas en la matriz con apoyo de la cooperación técnica propuesta.

PROYECTO DE RESOLUCION

GUYANA. COOPERACION TECNICA NO REEMBOLSABLE PARA UN PROGRAMA
DE POLITICAS Y DESARROLLO INSTITUCIONAL EN EL SECTOR SALUD

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a suscribir los acuerdos necesarios con la Co-Operative Republic of Guyana y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones, a que se refiere el Documento AT- sobre cooperación técnica no reembolsable para un Programa de Políticas y Desarrollo Institucional en el Sector Salud.
2. Destinar, para los fines de esta resolución, hasta la suma de US\$2.500.000, o su equivalente en otras monedas convertibles, con cargo a los ingresos netos del Fondo para Operaciones Especiales.
3. Establecer que la suma anterior sea otorgada con carácter no reembolsable.