



Programa de Expansión y Mejora de los Servicios Especializados en Salud en Ceará – PROEXMAES

(BR-L1177; 2137/OC-BR)

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original: Rita Sório (SPH/CBR), Jefe de Equipo; Hugo Flórez Timorán (SCL/SPH), Antonio Giuffrida (SPH/CBR), Teresa Maurea Faria (LEG/SGO), Maria Bernadete Buschsbaun (LEG/SGO), Marcia Rocha (SPH/CBR), Maria Ester Moraes (Consultora), João Marcelo Borges (Consultor) y Claudia Pévere (SCL/SPH).

Equipo PCR: Marcia Rocha (SPH/CBR); Jefe de Equipo, Ian Mac Arthur (SPH/CBR); Matilde Neret (SCL/SPH); Yuka Maekawa (SPH/CBR); Marcio Gomes (SPH/CBR); Marcis Perez (CSC/CBR); y Claudia Pévere (SCL/SPH).

Índice

Enlaces Electrónicos.....	2
Acrónimos y Abreviaciones	3
Información Básica (cantidad en dólares americanos US\$)	4
I. Introducción	5
II. Desempeño del proyecto	7
2.1.4 Análisis de la Atribución de los Resultados.....	29
2.4.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco	37
2.4.2 Monitoreo y Evaluación	38
2.4.3 Uso de Sistemas de Países.....	39
2.1 Salvaguardias ambientales y sociales.....	39
III. Hallazgos y Recomendaciones	40
3.1 Lógica Vertical	40
3.2 Ejecución y Presupuesto.....	40
3.3 Experiencia general con la gestión del proyecto	41
3.4 Evaluación de Impacto.....	41
3.5 Asuntos no resueltos	42

Enlaces Electrónicos

1. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión Final de Reporte de Progreso de Monitoreo \(PMR\)](#)
3. [Checklist](#)

Acrónimos y Abreviaciones

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
SUS	Sistema Único de Salud
DATASUS	Sistema oficial de datos de salud de Brasil gestionado por el Ministerio de Salud
PSF	Programa de Salud Familiar
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
OMS	Organización Mundial de Salud
SRU	Superintendencia de Redes y Unidades
SESA	Secretaría Estadual de Salud
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
ANVISA	Agencia de Vigilancia Sanitaria
UTI	Unidades de Tratamiento Intensivo

Información Básica (cantidad en dólares americanos US\$)

NÚMERO DE PROYECTO (S): BR-L1177 TÍTULO: PROGRAMA DE EXPANSIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE LA SALUD EN EL ESTADO DE CEARÁ INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO: OPERACIÓN DE PRÉSTAMO PAÍS: BRASIL PRESTATARIO: ESTADO DE CEARÁ PRÉSTAMO (S): 2137/OC-BR SECTOR/SUBSECTOR: SALUD Y HEALTH SERVICES
FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO: 20 DE MAYO DE 2009. FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO: 22 DE DICIEMBRE DE 2009. FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO: 31 DE MAYO DE 2010.
<u>MONTO PRÉSTAMO (S)</u> MONTO ORIGINAL: 77,000,000 MONTO ACTUAL: 77,000,000 PARI PASU: 37.64% COSTO TOTAL DEL PROYECTO: 123,470,600.00
<u>MESES DE EJECUCIÓN</u> DESDE APROBACIÓN: 84 MESES DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO: 77 MESES
<u>PERIODOS DE DESEMBOLSO</u> FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL: 22 DE DICIEMBRE DE 2014. FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL: 22 DE DICIEMBRE DE 2016. EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES):24 MESES EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES):0 <u>DESEMBOLSOS</u> MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA: 76.999.613,32.
<u>REDIRECCIONAMIENTO. ESTE PROYECTO:</u> ¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO? [No] ¿CUÁL? [NÚMERO DE PROYECTO] ¿ENVIÓ FONDOS A OTRO PROYECTO? [No] ¿CUÁL? [NÚMERO DE PROYECTO]
METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST:
CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO:

I. Introducción

- 1.1 El Programa de Expansión y Mejora de la Asistencia Especializada en Salud en Ceará (PROEXMAES – BR-L1177; 2137/OC-BR) fue aprobado en mayo de 2009 y fue declarado elegible en diciembre de 2010, en el marco de la reforma sanitaria del Estado de Ceará, iniciada en 2008, la cual impulsó la reorganización del Sistema Único de Salud (SUS¹) en su territorio bajo la lógica de redes regionalizadas de salud.
- 1.2 Ceará se destaca por ser el precursor del Programa de Salud Familiar (PSF)² y por los altos niveles de cobertura de atención primaria en salud. En 2008, el Estado contaba con un promedio de 80% de cobertura (DATASUS)³. Con el primer nivel de atención consolidado, el gobierno de Ceará se propuso a expandir el acceso y mejorar la calidad de los servicios especializados de salud, para reducir las brechas de acceso a los servicios de mayor complejidad, equilibrar recursos entre las regiones y garantizar la integralidad de la atención, estructurando, así, las redes de atención en sus 22 regiones de salud, o cinco macro regiones de salud⁴.
- 1.3 A pesar de los buenos resultados sanitarios obtenidos con la implementación masiva de la atención primaria de salud, como la reducción de la mortalidad infantil, de 32 por 1.000 nacidos vivos en 1996 para 17,9 en 2006, Ceará todavía presentaba rezagos importantes en el área materno-infantil⁵ y, dados los cambios demográficos y epidemiológicos en ese momento, se incrementó substancialmente el número de hospitalizaciones y muertes por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), así como por causas externas, ocasionadas, sobre todo, por los accidentes de tránsito.
- 1.4 Para enfrentar los desafíos de esta triple y compleja carga de enfermedades, era necesario contar con inversiones importantes para consolidar el modelo de redes de atención a salud, en consonancia con las directrices de la política nacional, que prevé la organización jerárquica de los servicios en micro y macro regiones, para proveer servicios básicos y de

¹ El SUS, creado en la Constitución Federal de 1988 y reglamentado en 1990, tiene como principio fundamental el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integradas en una red regionalizada y jerarquizada de prestación de servicios, bajo la responsabilidad y cofinanciación de las esferas federal, estatal y municipal, y con la participación complementaria del sector privado. El Ministerio de Salud (MS) es el rector de la política y establece las directrices del SUS, mientras que los Estados promueven la integración de servicios entre regiones y son proveedores complementarios de salud, y los municipios prestan los servicios directamente a la población y son responsables exclusivos por la atención básica.

² El PSF es un modelo centrado en la Atención Primaria en Salud (APS) que prioriza facilitar el acceso al sistema, y es un punto de partida para consolidar las redes de atención a salud. Para resultados del PSF, ver Macinko et al., 2006. Ceará tuvo un rol clave en el modelaje de la Estrategia Nacional de Salud Familiar (Tendler et al., 1998).

³ DATASUS es el sistema oficial de datos de salud en Brasil gestionado por el MS. El DATASUS reúne datos nacionales desagregados por Estados y Municipios y por unidades públicas de salud, representando así, la principal fuente de datos en salud pública en el país.

⁴ Las cinco macro regiones del estado de Ceará son: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe y Cariri.

⁵ El promedio de la Razón de la Mortalidad materna fue, entre 1998-2015, de 75,6 muertes / 100.000 nacidos vivos.

mayor complejidad de forma racionalizada, teniendo en cuenta un territorio (región) y su población adscrita.

- 1.5 Sin embargo, Ceará presentaba muchas disparidades regionales en cuanto a la distribución de los servicios de alta y media complejidad. Había, en ese momento, una fuerte concentración de la red especializada en la capital Fortaleza, que podía ser evidenciada por las diferencias de la tasa de camas/1.000 habitantes entre las regiones. Mientras Fortaleza contaba con un promedio de 1,61, la región de Cariri y Sobral presentaba tasas de 1,26 y 0,60, respectivamente⁶. Además, las mismas disparidades regionales se observan en cuanto a la atención de media complejidad. Aplicándose los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud (MS), se estimaba un déficit de 147 mil consultas médicas especializadas en Sobral (Zona Norte) y 507 mil en Cariri. Asimismo, se identificó que 70% de los equipamientos de apoyo diagnóstico y terapéutico, se localizaban en la capital Fortaleza.
- 1.6 Para enfrentar los retos de salud, Ceará necesitaba consolidar los avances sanitarios obtenidos por medio de: (i) el reordenamiento de la red estadual de salud, a partir de la implementación de nuevos servicios que garantizaran la expansión de la oferta y la reducción de las inequidades regionales; (ii) la integración y cohesión entre los nuevos servicios y la red pre existente, de manera de asegurar la continuidad del cuidado, a partir de la atención básica, así como la resolutivez y la calidad de los servicios brindados y; (iii) reorientación de la red hospitalaria, en las respectivas regiones de intervención.
- 1.7 En este contexto, el Banco apoyó la regionalización de la salud en Ceará, por medio de esta operación, con US\$77 millones y US\$46,470 millones provinieron de contrapartida (valor original del contrato). Teniendo las regiones del interior del Estado como focos prioritarios de intervención, el panorama del acceso a los servicios de salud en estas áreas ha cambiado substancialmente. De la misma forma, la agenda de mejora de la calidad de estos servicios, en la escala que se implementó en Ceará, es inédita en el SUS. El modelo de Ceará fue pionero en Brasil y ha generado discusión en otros estados sobre la implementación de los servicios especializados en salud (acceso, calidad y gestión). El proyecto ha sido una importante fuente de conocimiento para otras operaciones del Banco con otros estados brasileños⁷, por lo tanto, el programa presentó mucho potencial de replicación en el país y en la región. Además, el Banco apoya permanente la diseminación de sus resultados y sus lecciones aprendidas, por medio de realización de eventos, de visitas técnicas de equipos de salud de otros estados, entre otros medios.

⁶ En el momento de la preparación del programa, el Estado contaba con tres macro regiones de salud: Cariri, Sobral (Zona Norte) y Fortaleza.

⁷ Los programas BR-L1376 (Programa de Fortalecimiento de la Gestión de Salud en el Estado de São Paulo), BR-L1389 (Programa de Fortalecimiento del SUS en la Región Metropolitana de Salvador), BR-L1378 (Programa de Apoyo a las Redes de Atención a la Salud y de Inclusión Social en Sergipe) y BR-L1414 (Programa de Apoyo a las Redes de Atención a la Salud y de Inclusión Social en Fortaleza), son algunos ejemplos de programas que fueron diseñados con base a la experiencia y conocimientos generados a partir de este programa.

II. Desempeño del proyecto

2.1 Efectividad

2.1.1 Objetivo e componentes

- 2.1 El objetivo general del programa fue contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población del Estado de Ceará, mediante la expansión del acceso y la mejora de la calidad de los servicios especializados de salud, promoviendo la integración entre los distintos niveles de atención. Para alcanzar este objetivo, el programa se estructuró en tres componentes:
- 2.2 **Componente 1. Expansión de los Servicios Especializados en Salud (valor original⁸: US\$105,94 millones).** Este componente tenía como objetivo aumentar la cobertura de los servicios de atención especializada en salud con capacidad resolutive y calidad. En base en los diagnósticos sobre las brechas de oferta de servicios especializados en el interior del Estado de Ceará, el programa financiaría: (i) la construcción del Hospital Regional Zona Norte; (ii) la construcción de nueve policlínicas y 11 Centros de Especialidades Odontológicas-CEOS⁹; y (iii) equipamientos médico-hospitalarios y odontológicos para las referidas infraestructuras. Estas inversiones alcanzarían cerca de 100 municipios del Estado, una población de aproximadamente cinco millones de personas, residentes en las macro regiones de Sobral y Cariri. Los nuevos servicios permitirían consolidar las redes regionales de atención de salud en el Estado de Ceará, posibilitando referenciar la población dentro de su propia región, para los exámenes y consultas médicas especializadas, así como para las cirugías e internaciones, sin necesidad de desplazarse para otras regiones, especialmente para la capital, Fortaleza.
- 2.3 **Componente 2. Fortalecimiento Institucional de la gestión de la Secretaría Estadual de Salud (SESA) y de los servicios (valor original: US\$10,02 millones).** Este componente fortalecería la capacidad gestora de la SESA y de las nuevas unidades de salud y se dividió en dos subcomponentes:
- 2.4 **Subcomponente 2a. Apoyo al Fortalecimiento de la gestión de la SESA.** Por medio de este componente, el programa financió un conjunto de acciones que mejorarían e innovarían la gestión de la SESA dados los desafíos de la coordinación de las redes regionalizadas de salud, tarea compleja que exigiría de la SESA una significativa expansión de sus capacidades de gestión, articulación y negociación con las regiones y municipios. Se financiaría: (i) asistencia técnica para el modelaje de la Superintendencia de Redes y Unidades (SRU), responsable por la supervisión y seguimiento de las unidades y sus redes vinculadas. Esta superintendencia cumpliría un rol estratégico y de alta gestión de la SESA, asesorando al Secretario con análisis técnicos a partir de un conjunto de indicadores de

⁸ Se refiere a los valores del préstamo sumados a la contrapartida.

⁹ La red de CEOS en el Estado de Ceará cuenta con 16 unidades en total, siendo que 11 son parte del programa.

gestión; (ii) modelo de supervisión de las redes y unidades, gestionado por la SRU, incluyendo el panel de indicadores de monitoreo (producción, calidad, desempeño, entre otros), metas sistemáticas de seguimiento y toma de decisión; y (iii) Sistema de Información para la Gestión Integrada de los nuevos servicios. El programa preveía en este componente, acciones de comunicación del programa, que serían realizadas, mayormente, con recursos propios del Estado de Ceará.

- 2.5 **Componente 2b. Fortalecimiento de la Gestión y Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud.** Este componente tenía como objetivo principal asegurar el buen desempeño gerencial de los nuevos servicios, con parámetros de calidad definidos. Las principales inversiones del subcomponente estarían vinculadas a las siguientes áreas: (i) certificación, por calidad, de las nuevas unidades; (ii) capacitación gerencial y clínica de los equipos (cerca de 300 profesionales); y (iii) asistencia técnica, consultorías y materiales didácticos y publicaciones.
- 2.6 **Componente 3. Administración del Programa (valor original: US\$7,49 millones).** El objetivo de este componente sería el de apoyar a la SESA en la ejecución del programa. Especialmente este componente financiaría: (i) asistencia técnica para implementar el sistema gerencial del programa; (ii) las auditorías independientes del programa; (iii) los servicios de supervisión y control de calidad de las obras; (iv) las evaluaciones intermedias y finales del programa; y (v) otros servicios técnicos especializados para apoyar la gestión y la evaluación intermedia, que sería un importante insumo para identificar áreas de mejora en la ejecución del programa.

2.1.2 Análisis de la lógica vertical del programa

- 2.7 Existe un marco conceptual de organizar servicios regionales de salud en redes. Este marco conceptual sustenta que, a partir de la consolidación de un primer nivel de atención de salud, los servicios del segundo nivel (consultas médicas especializadas, exámenes y terapias especializadas) y tercer nivel (hospitales de mayor complejidad y de mayor capacidad resolutoria y tecnológica) deben ser organizados siguiendo una lógica de territorio (región) y distribuidos de manera racional a su población de referencia. Este marco conceptual es apoyado no solo por el Banco, sino también por la OMS.
- 2.8 El programa fue diseñado usando el marco conceptual descrito anteriormente¹⁰ e impulsaría tres ejes de intervención: (i) ampliación del acceso de los servicios especializados en las regiones carentes; (ii) mejora de la capacidad de gestión; y (iii) mejora de la calidad de los servicios.
- 2.9 Sobre el **primer eje**, el diagnóstico realizado durante la preparación del programa¹¹, señalaba los obstáculos para el buen funcionamiento de las redes regionales. A pesar de la alta cobertura de la atención primaria (requisito básico para la implementación de las

¹⁰ OMS (2012), Mejora de Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid), SFD de Salud y Nutrición (GN-2735-3)

¹¹ [Estudio de Diagnóstico](#).

redes de atención a la salud) en Ceará, se observaban importantes brechas de oferta de servicios especializados en el interior del Estado, estando mayormente concentrados en la capital, Fortaleza. Esta misma insuficiencia era observada en los servicios odontológicos especializados, dado que la alta cobertura de los servicios odontológicos básicos (presentes en el Programa de Salud Familiar) generaba una demanda significativa de servicios odontológicos especializados para la continuidad del tratamiento, y estos eran escasos en el interior del Estado. Así, el programa buscaba reducir las brechas de oferta de estos servicios en las regiones mediante: (i) construcción de policlínicas de atención de media complejidad; (ii) construcción de centros especializados odontológicos (CEOs); (iii) construcción de hospitales regionales; (iv) unidades de salud con sistema de información integrada; (v) acreditación por calidad de las nuevas unidades; (vi) capacitación clínica y gerencial de los equipos; y (vii) consultorías¹². Entre estos estudios, se destaca la consultoría contratada para evaluar el grado de implementación de las redes de salud en Ceará, con el objetivo de identificar los avances de la consolidación del modelo, así como las brechas de servicios y de gestión todavía existentes. También la consultoría de apoyo a la SESA en la implementación del sistema de gestión de la información (SIGES) fue clave porque ha posibilitado apoyo técnico altamente especializado y el intercambio de experiencias de otros estados brasileños en este tema.

- 2.10 Para poner en marcha un modelo de organización de la salud en redes regionales, la SESA necesitaba de una reorganización interna y del desarrollo de competencias vinculadas a la nueva propuesta. Se identificaron las siguientes debilidades: (i) ausencia de una estructura de coordinación central con la capacidad requerida para ordenar, regular y articular los servicios en las regiones; y (ii) debilidades en cuanto a las capacidades de los técnicos y gestores (nivel central, regiones y servicios) sobre la gestión en redes y calidad. Así, el programa impulsaría como **segundo eje** la mejora de capacidad de gestión de la SESA y de los demás actores involucrados en el funcionamiento de las redes (gestores y técnicos). Esto se haría mediante la capacitación de gestores de SESA y de las unidades de salud; dotación de sistema de gestión integrada a unidades de salud. Así, la adecuada oferta en las regiones, sumadas a las inversiones para mejorar la gestión, de manera a asegurar la integración de los niveles de atención, la racionalidad y la eficiencia, conforman dos de los tres ejes de sustentación de la lógica del programa.
- 2.11 También en referencia al segundo eje, fueron identificadas oportunidades de fortalecer la capacidad de gestión de la SESA por medio de apoyo de algunas consultorías especializadas. Teniendo en cuenta ahorros oriundos de algunos procesos de licitación de este eje (valores contratados fueron menores que los planificados), se pudo avanzar en la contratación de firmas especializadas para desarrollar consultorías en temas claves como cadenas de suministros (especialmente medicamentos), plan de carrera y estudios

¹² Sigue abajo ejemplos de algunas consultorías contratadas: (i) consultoría para elaborar los términos de referencia para contratación de servicios técnicos especializados para realizar un estudio de evaluación de implementación del modelo de atención a salud en Ceará en el marco de las redes de atención de salud; (ii) elaborar nota técnica del proceso de acreditación de las unidades de salud (CEO, Policlínicas I y II); (iii) consultoría para asesorar el proceso de implementación del sistema integrado de gestión – SIGES en las unidades de asistencia y administrativas de la red pública de salud de Ceará; y (iv) Estudio diagnóstico acerca de la operacionalización del sistema de regulación de Ceará, entre otros.

diagnósticos sobre el funcionamiento de las redes. A estos temas se dará seguimiento en el próximo programa (PROEXMAES II), que se enfoca fundamentalmente en la mejoría de la eficiencia de la gestión en salud en Ceará.

- 2.12 **El tercer eje** de la sustentación lógica del programa se ubica entonces en la promoción de la calidad de los servicios. La dimensión de calidad representa uno de los puntos más emblemáticos en la agenda de consolidación del SUS. A pesar que Ceará había sido pionero en la acreditación de hospital público¹³, esta experiencia era limitada, y el Estado deseaba la expansión de la acreditación para la nueva red que sería construida a partir del programa. La OMS estima que entre 20% y 40% de los gastos en salud es debido al desperdicio derivado de la falta de calidad de los servicios, y 14 entre 100 pacientes hospitalizados son afectados por infección asociada al cuidado recibido. Este escenario también estaba presente en el Estado de Ceará en el momento de la elaboración del programa. Basados en este diagnóstico, el programa impulsaría la acreditación de las nuevas unidades (hospitales, policlínicas y CEOS) desde el inicio de su operación. De esta manera, además de expandir la oferta regionalizada y la mejora de los mecanismos de gestión de los servicios y de su asignación regional, también se buscaba garantizar la entrega de servicios con determinados estándares de calidad, afianzando así el nivel de resolutivez de la atención. Esto ayudaría a evitar repeticiones y errores de diagnósticos, entre otros problemas, y también asegurar la seguridad del paciente. Por lo que el programa financiaría: el proceso de certificación, por calidad, de las policlínicas y CEOs¹⁴, según las normas vigentes del MS de Brasil; el establecimiento del núcleo de seguimiento de la calidad y supervisión de las nuevas unidades de salud.

Validez de la lógica vertical

- 2.13 Sobre **el primer eje**, referente a la expansión de los servicios, el supuesto era de que, una vez expandida la red de servicios especializados en salud, la oferta y utilización de los mismos también incrementaría en las regiones de intervención del programa. El supuesto era que, a través de la construcción de ocho policlínicas, 11 CEOs y de un hospital regional y la adquisición de sus equipamientos médico-hospitalarios y odontológicos se reducirían las brechas de oferta de servicios y ese supuesto se mantuvo. Sin embargo, en vez de contar apenas con un hospital regional, el Estado también incluyó en las inversiones del programa la construcción (contrapartida) y los equipamientos (préstamo) del Hospital Regional de Cariri -una de las regiones del programa- fortaleciendo la lógica de intervención en redes regionales integradas de salud. Los resultados relacionados al funcionamiento de las nuevas policlínicas y hospitales regionales reflejan un aumento de producción y cobertura de servicios clave para el perfil epidemiológico de Ceará. Ejemplo de ello son el

¹³ El Hospital Waldemar de Alcântara, fue la primera unidad hospitalaria pública del norte y nordeste brasileño en recibir la certificación plena de calidad, en 2006.

¹⁴ Los hospitales regionales en el ámbito del programa también fueron certificados, pero su certificación estuvo a cargo de la Organización Social de Salud – OSS que los gestiona. Las ocho unidades (policlínicas y CEOs) obtuvieron su certificación por calidad en julio de 2016, con excepción del CEO de Baturité que tendrá una nueva visita en octubre próximo. Las demás unidades de la red (17 policlínicas y 12 CEOs) serán certificadas en una fase posterior, prevista en el Programa BR-L1408, aprobado en 13 de julio de 2016, que seguirá apoyando al Estado de Ceará en la consolidación de las nuevas regionales y en el perfeccionamiento del modelo de gestión de las redes. Ver [Propuesta de Préstamo](#).

alcance de metas en los indicadores de “Transferencias obstétricas solicitadas de la Macro región de Sobral para Fortaleza” y “Solicitud de internación de UTI neonatal de la Macro Región Sobral para Fortaleza”, que reflejan bien la expansión del acceso y la mejora de equidad de oferta entre las regiones.

- 2.14 En la Matriz de Resultados original se buscó vincular los productos relacionados con los Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) y sus resultados, por medio de los indicadores “cobertura de procedimientos odontológicos especializados” y “cobertura específica de procedimientos de endodoncia”. Sin embargo, no es posible medir esta información porque no existe sistema que los recopile. El espíritu de lo que se buscaba era medir una mayor oferta de servicios (cobertura), que sería lograda mediante la implementación de las estructuras (CEOs). Sin embargo, como se trata de servicios especializados y que, por ende, dependen de un diagnóstico previo de la necesidad de los mismos, sus proyecciones no eran posibles y/o realistas. Así, al no contar con un buen indicador para medir los resultados y con un sistema que fuera capaz de consolidarlo a nivel del Estado, se decidió eliminar esos indicadores.
- 2.15 Sobre el **segundo eje**, sus supuestos eran de que la Secretaría de Salud fortalecida y capacitada pondría en funcionamiento la nueva red y también la gestionaría con eficiencia. Durante la ejecución del programa se evidenció que capacitar profesionales en temas de monitoreo y evaluación, gestión de la salud y proveer consultorías técnicas especializadas para mejorar la gestión no fueron condiciones suficientes para cumplir el supuesto. Para que las nuevas unidades se pusiesen en marcha, con ciertos estándares de eficiencia, se había contemplado realizar acuerdos con los municipios y con otros actores del Gobierno de Ceará, quienes, a final, eran los responsables por la gestión de las nuevas unidades. El modelaje de los contratos de gestión firmados entre el Estado y los municipios (organizados por consorcios públicos) no se dio como fue esperado en el diseño del programa, con enfoque en resultados y con indicadores de eficiencia. Estos acuerdos eran un hito fundamental para alcanzar los resultados en la Matriz de Resultados de “% de unidades con metas de atención establecidas en contratos de gestión” y “% de unidades en operación con alcance de 80% de las metas pactadas”. Al final, se lograron los acuerdos de gestión, pero estos no reflejaron un modelaje fuertemente volcado a resultados y fue necesario eliminar estos indicadores que se referían a los contratos de gestión. Para que se pudiese medir, de alguna forma, el buen funcionamiento de las policlínicas y CEOs, se agregó el indicador “Proporción de consultas especializadas realizadas en las Policlínicas que fueron referenciadas de la atención básica” que reflejan que estas unidades están articuladas en red, lo que representa un proxy de eficiencia de las mismas.
- 2.16 Sobre el **tercer eje**, se observa que el tema de la calidad era una vertiente fuerte del programa y la certificación de las unidades (acreditación por calidad) estuvo prevista para los hospitales y policlínicas. Originalmente se propuso comparar tasas de infección hospitalaria entre los nuevos hospitales y otros, ya existentes en la red, de perfil similar, basado en el supuesto que eran unidades comparables y se podría observar el desempeño de las unidades en relación a este indicador, que es considerado clave para medir calidad de los servicios de salud. Posteriormente la SESA informó al Banco que la Agencia de

Vigilancia Sanitaria (ANVISA), del MS brasileño había señalado en notas técnicas que la infección hospitalaria no podía ser comparada tomando como referencia la integralidad de un hospital, y más correcto sería medir ambientes específicos como las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI). Más tarde, este supuesto de comparabilidad entre UTIs de distintos hospitales también fue cuestionado por los equipos técnicos dados que los hospitales, en su comprensión, no son pares perfectos y por tanto, la comparabilidad no sería nuevamente posible. Finalmente, se seleccionó como proxy de los resultados de la certificación de la red, el indicador “*Tasa de infección primaria de corriente sanguínea clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRN)*” para medir la calidad en un punto específico de la red, un hospital regional (HRN), observando así, la evolución de esta tasa en el mismo hospital, sin compararlo con otros. El supuesto que subyace a esta propuesta es que el HRN tendrá menores tasas de infección en la medida en el proceso de acreditación avanza y se consolida. De esta manera, el indicador se alinea con las directrices internacionales de seguridad del paciente de la Organización Mundial de Salud.

- 2.17 El supuesto de que todos estos elementos serían de utilidad para consolidar las redes de salud regionalizadas de Ceará y que a su vez harían que la población accediera oportunamente a servicios especializados de salud en sus regiones se mantuvo. También se mantuvo el supuesto que el funcionamiento de las redes evitaría complicaciones, y que a su vez resultaría en reducción de muertes evitables.
- 2.18 A continuación, se encuentra la Tabla 1 que describe los cambios ocurridos en la Matriz de Resultados, a lo largo de la ejecución del programa.

Tabla 1
Cambios a la Matriz de Resultados

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Impacto	1.1 Tasa de razón de la mortalidad materna en Ceará (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	Modificación de Impacto	Este indicador de resultado de la matriz de resultados del POD pasó a ser un indicador de impacto, dado que son logros de largo plazo y de mayor magnitud, a los cuales el programa contribuye, pero no es directamente responsable por él, pues otros factores exógenos al programa afectan sus resultados	Marzo 2010	Marzo 2010
Impacto	1.1 Tasa de razón de la mortalidad materna en Ceará (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	Actualización de la línea de base	Hubo un cambio en la línea de base, porque al momento de la aprobación del proyecto, los datos eran preliminares, y el ciclo de validación de las estadísticas de salud no había concluido. Por esto, se cambió la línea de base de 64,20 a 71,7 por 100 mil nacidos vivos.	Marzo 2010	Marzo 2010
Impacto	1.2 Coeficiente de Mortalidad Infantil Neonatal en la Macro región de Sobral (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	Modificación de Impacto	Este indicador de resultado de la matriz de resultados del POD pasó a ser un indicador de impacto, , dado que es un logro de largo plazo y de mayor magnitud, al cual el programa contribuye, pero no es directamente responsable por él, pues otros factores exógenos al programa afectan sus resultados	Marzo 2010	Marzo 2010
Impacto	1.2 Coeficiente de Mortalidad Infantil Neonatal en la Macro región de Sobral (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	Actualización de la línea de base	Se actualizó la línea de base de 11.4 a 11.3	Marzo 2010	Marzo 2010
Impacto	Porcentaje de casos de cáncer de mama con estadio registrado en los	Indicador eliminado	Este indicador estaba en la matriz de resultados original como indicador de resultado intermedio. Se sustituyó por un	Marzo 2010	Marzo 2010

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
	niveles III y IV (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)		indicador similar que en vez de medir con estado registrado mide casos detectados, dado que es un logro de largo plazo y de mayor magnitud, al cual el programa contribuye, pero no es directamente responsable por él, pues otros factores exógenos al programa afectan sus resultados		
Impacto	1.3 Porcentaje de casos de cáncer de mama detectados en estadio III y IV en Estado de Ceará (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	Indicador creado	Este fue añadido como indicador de impacto para sustituir el indicador de % de casos de cáncer de mama con estadio registrado en los niveles III y IV.	Marzo 2010	Marzo 2010
Impacto	Porcentaje de acceso regulado a consultas en Policlínicas y CEOs (vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador eliminado	Este indicador fue eliminado de la sección de impactos y se añadió el indicador 2.3 en resultados que mide concepto similar. Este indicador se fue a resultados porque demuestra un resultado concreto de la expansión de los servicios de salud y no un impacto de esta ampliación en la situación de salud de la población.	Marzo 2013	Marzo 2013
Resultados Componente 1	Cobertura de consultas especializadas/ habitantes/ año (vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador eliminado	El indicador fue eliminado pues no especificaba qué tipo de consultas se trataba. Así, el indicador fue sustituido por uno para medir específicamente la cobertura de consultas médicas especializadas, que están directamente asociadas a los productos del proyecto.	Marzo 2010	Marzo 2010
Resultados Componente 1	1.1 Cobertura de consultas médicas especializadas vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador creado	Este indicador fue añadido para sustituir cobertura de consultas especializadas/ habitantes/ año. Se añadió para medir cobertura de consultas asociadas a los productos del proyecto. Las consultas "médicas" no incluyen consultas con	Marzo 2010	Marzo 2010

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
			enfermeros u otros profesionales del área de salud.		
Resultados Componente 1	1.2 Transferencias obstétricas solicitadas de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador creado	Este indicador fue creado para medir la autonomía regional (Sobral) en relación a la capital Fortaleza, en cuanto a la atención materno-infantil, de alta complejidad, dado que el Hospital Regional de Sobral pasaría a atender este público con su funcionamiento.	Septiembre 2012	Septiembre 2012
Resultados Componente 1	1.3 Solicitud de internación de UTI neonatal de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador creado	Este indicador fue creado para medir la autonomía regional (Sobral) en relación a la capital Fortaleza, en cuanto a la atención materno-infantil, de alta complejidad, dado que el Hospital Regional de Sobral pasaría a atender este público con su funcionamiento.	Septiembre 2012	Septiembre 2012
Resultados Componente 1	2.2 Proporción de mujeres mayores de 40 años que reciben una mamografía al año vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador creado	Se añadió este indicador de resultado ya que está asociado al indicador de impacto 1.3. El proyecto impulsa mejora de la calidad de los servicios especializados de salud que están asociados a promover que las mujeres se hagan las mamografías, según los protocolos del MS.	Marzo 2010	Marzo 2010
Resultados Componente 1	2.3 Proporción de consultas especializadas realizadas en las policlínicas que fueron referenciadas de la atención básica (vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador creado	Este indicador fue agregado para sustituir el indicador que tenía la matriz de resultados en impacto de “porcentaje de acceso regulado a consultas en policlínicas y CEOs”. Se agregó para medir las consultas que son la puerta de entrada de la atención básica y que las consultas especializadas tienen que ser referenciadas.	Marzo 2013	Marzo 2013

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Resultados Componente 1	Porcentaje de acceso regulado a consultas en policlínicas y CEOs vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador eliminado	Se optó por borrar los Centros Especializados de Odontología porque en este momento no habría CEOs construidos, y hasta que empezaron a operar no tendrían datos para medir este indicador.	Marzo 2013	Marzo 2013
Resultados Componente 2	2.4 Tasa de infección intra hospitalaria (de los Hospitales Regionales del Cariri y Norte) en comparación al Promedio del Estado (vinculado al eje 2)	Indicador creado	Este indicador de resultado fue agregado en el 2010 para comparar las tasas de infección intrahospitalaria de los dos hospitales que iban a ser construidos en el programa.	Marzo 2010	Marzo 2010
Resultados Componente 2	2.4 Tasa de infección intra-hospitalaria (de los Hospitales Regionales del Cariri y Norte) en comparación al Promedio del estado. vinculado al eje 2)	Indicador eliminado	El indicador fue eliminado porque la Secretaria de Salud (SESA) informó al Banco que técnicamente no sería posible comparar estos datos con el promedio del Estado. Se sustituyó por otro indicador.	Marzo 2016	Marzo 2016
Resultados Componente 2	2.5 Tasa de infección hospitalaria del HRN comparada con HGWA (vinculado al eje 2)	Indicador creado	El indicador se agregó porque la SESA informó que se podría comparar los datos de infección hospitalaria entre hospitales con características parecidas, ya que no sería posible comparar estos datos con el promedio del estado.	Marzo 2013	Marzo 2013
Resultados Componente 2	2.5 Tasa de infección hospitalaria del HRN comparada con HGWA (vinculado al eje 2)	Indicador eliminado	El indicador fue eliminado ya que la SESA indicó, posteriormente, que no sería posible comparar los datos de infección hospitalaria general con los datos del HRN. Tampoco se consideró adecuado comparar el HRN con otros hospitales del Estado de Ceará.	Marzo 2016	Marzo 2016
Resultados Componente 2	2.6 Tasa de infección hospitalaria del HRC comparado con el HGWA (vinculado al eje 2)	Indicador creado	El indicador se agregó porque la SESA informó que se podría comparar los datos de infección hospitalaria entre hospitales con características parecidas, ya que no	Marzo 2013	Marzo 2013

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
			sería posible comparar estos datos con el promedio del estado.		
Resultados Componente 2	2.6 Tasa de infección hospitalaria del HRC comparado con el HGWA (vinculado al eje 2)	Indicador eliminado	El indicador fue eliminado ya que la SESA indicó que no sería posible comparar los datos de infección hospitalaria general con los datos del HRN. Tampoco se consideró adecuado comparar el HRN con otros hospitales del estado de Ceará. Sin embargo, el programa sí midió las tasas de infección en cada hospital	Marzo 2016	Marzo 2016
Resultados Componente 2	#Tasa de infección Primaria de Corriente Sanguínea Clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRC) (vinculado al eje 2)	Indicador creado	Como se eliminó el indicador “Tasa de infección hospitalaria del HRC comparado con el HGWA”, se buscó otro indicador para medir concepto similar y por tanto se agregó este indicador. Se considera solamente UTI adulto en este caso, porque el número de UTI adulto es superior al número de UTI pediátrico en los hospitales. El universo para obtener los datos es mayor comparado al número de hospitales con UTI pediátrico.	Marzo 2016	Marzo 2016
Resultados Componente 2	# Tasa de infección Primaria de Corriente Sanguínea Clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRN) vinculado al eje 2)	Indicador creado	Como se eliminó el indicador “Tasa de infección hospitalaria del HRN comparado con el HGWA”, se buscó otro indicador para medir concepto similar y por tanto, se ha agregado este indicador. Se decidió considerar solamente UTI adulto en este caso, porque el número de hospitales con UTI adulto es mucho más grande que los hospitales con UTI pediátrico (1246 UTI Adulto, 399 UTI Pediátrico).	Marzo 2016	Marzo 2016

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Resultados Componente 1	Cobertura de procedimientos odontológicos especializados (I) (vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador eliminado	Este indicador de la matriz de resultados del POD fue eliminado porque no hay un sistema de información para medir la cobertura de los procedimientos odontológicos especializados. Diferentemente de la cobertura de los procedimientos odontológicos básicos, no es toda la población que necesita de estos procedimientos especializados.	Marzo 2010	Marzo 2010
Resultados Componente 1	Cobertura específica de procedimientos de endodoncia (I) (vinculado a los ejes 1 y 2)	Indicador eliminado	Este indicador de la matriz de resultados del POD fue borrado porque lo que el programa buscaba es ampliar la oferta de servicios odontológicos. No todos los pacientes necesitan servicios de odontología especializados. Es mejor medir el concepto de ampliación de oferta de servicios mediante el incremento de procedimientos odontológicos básicos, que mide el aumento de oferta.	Marzo 2010	Marzo 2010
Resultados Componente 2	% de unidades con metas de atención establecidas en Contratos de Gestión (II) (vinculado al eje 2)	Indicador eliminado	Este indicador de la matriz de resultados del POD fue eliminado. La Secretaría de Salud no consiguió hacer los acuerdos constitutivos de los consorcios interfederativos, que son realizados entre los gobiernos de las municipalidades y el gobierno del estado. Con esto, la SESA no consiguió avanzar en estos modelos de contratos y fue decidido eliminar este indicador que tiene un problema político en que el programa no tiene gerencia acerca de este tema.	Marzo 2010	Marzo 2010

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
Resultados Componente 2	% unidades en operación con alcance de 80% de las metas pactadas (II) (vinculado al eje 2)	Indicador eliminado	Este indicador de la matriz de resultados del POD fue eliminado. La SESA no consiguió hacer los acuerdos de metas de gestión con consorcios interfederativos, que son realizados entre los gobiernos de las municipalidades y el gobierno del estado. Con esto, la SESA no consiguió avanzar en estos modelos de contratos y fue decidido eliminar este indicador ya que presenta un aspecto político en que el programa no tiene gerencia acerca de este tema.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 1	6.Número de camas hospitalarias implantadas por el programa (POD) (vinculado al eje 1)	Indicador Eliminado	Este indicador no fue agregado en el primer PMR, porque fue creado el indicador de producto para la construcción del Hospital Zona Norte que es hospital regional. Se puede calcular el número de camas implantadas a través de la construcción del hospital.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 1	1.1 Hospital regional construido (vinculado al eje 1)	Indicador agregado	Este producto no estaba incluido en la matriz de resultado original, sin embargo, fue agregado por lo que es un producto que estaba previsto en el plan de adquisiciones.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 1	1.1 Hospital regional construido (vinculado al eje 1)	Modifico la meta al fin del proyecto	Originalmente el proyecto tenía contemplado construir un hospital. Sin embargo, la meta al final del proyecto se aumentó a dos. Fue incluido el Hospital de Cariri ya que la obra estaría por cuenta del Tesoro del Estado, sin contar como contrapartida, originalmente. Sin embargo, durante la ejecución del proyecto, se decidió incluir la construcción de este	Marzo 2015	Marzo 2015

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
			hospital en la contrapartida del Estado, reconocida oficialmente en proceso aprobado por la Secretaría de Asuntos Internacionales (SEAIN). Los equipamientos médico-hospitalarios fueron adquiridos con recursos del préstamo.		
Producto Componente 1	1.2 Policlínicas con atención especializada construidas (vinculado al eje 1)	Modificación nombre del producto	El producto Cambio de "Número de Policlínicas en operación implantadas por el Programa (I)" a policlínicas con atención especializadas construidas. Fue cambiada la redacción de este indicador porque se decidió separar la obra de los equipamientos de las policlínicas, ya que la obra estaba prevista con recursos del préstamo, y los equipamientos con recursos de contrapartida.	Marzo 2013	Marzo 2013
Producto Componente 1	1.3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) construidos (vinculado al eje 1)	Modificación nombre de producto	Este producto cambió de "Número de CEOs en operación implantada por el programa (I)" porque se decidió separar la obra de los equipamientos, ya que las obras estaban previstas con recursos del préstamo, y los equipamientos con recursos de contrapartida.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 1	1.4 Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico y mobiliario para CEOs comprados y en funcionamiento (vinculado al eje 1)	Producto creado	El producto fue agregado ya que estaba en el plan de adquisiciones y no aparecía en la matriz de resultado. El equipo e instrumental se decidió medir de forma separada de la construcción. La construcción puede estar finalizada pero no estar en funcionamiento por falta de equipamientos.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 1	1.5 Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico para el	Producto creado	El producto fue agregado ya que estaba en el plan de adquisiciones y no aparecía en	Marzo 2010	Marzo 2010

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
	Hospital Zona Norte comprados y en funcionamiento (vinculado al eje 1)		la matriz de resultado. La compra y funcionamiento del equipamiento se decidió medir por separado de la construcción del hospital. La construcción puede estar finalizada, pero no estar en funcionamiento por falta de equipamientos, y por eso se decidió separar uno del otro.		
Producto Componente 1	1.6 Lote de equipamiento médico-hospitalario <i>Hospital Sertão Central</i> (vinculado al eje 1)	Producto Creado	Este indicador de producto fue creado debido a una economía de recursos con el gano de la desvalorización del Real, proporcionando la compra de equipamiento de este Hospital.	Marzo 2016	Marzo 2016
Producto Componente 1	2.1 Gestores de la SESA y de las unidades de salud capacitados. (vinculado al eje 2)	Modificación nombre del producto	Hubo un cambio en la redacción del indicador de la Matriz de Resultados del POD, en que decía "Formadores, Técnicos y Gestores de la SESA capacitados", porque las capacitaciones tenían contenido más pertinente a los gestores. Por eso se cambió la redacción, dejando más claro a las personas que serían capacitadas.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 2	2.2 Unidades de salud con sistema de gestión integrada establecido. vinculado al eje 2)	Producto creado	Este indicador no estaba en la matriz de resultados del POD. Fue creado para poder medir el progreso de la implementación del sistema de información.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 2	2.3 Núcleo de seguimiento de la calidad y supervisión de las nuevas unidades de salud establecido. (vinculado al eje 2)	Modificación nombre del producto	Fue cambiada la redacción del indicador de producto de la Matriz de Resultados del POD, de "Núcleo de Supervisión de Calidad de Gestión establecido y <u>operando</u> ", para que reflejara mejor el producto que se iba lograr. Fue contratada una consultoría para atribuir funciones al Núcleo, que posteriormente fue aprobado y	Marzo 2010	Marzo 2010

Sección de la Matriz de Resultados donde los cambios se llevaron a cabo	Cambio específico realizado	Tipo de cambio	Razones para el cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordado con la entidad ejecutora
			verificado con la publicación por ley que estableció el Núcleo en la SESA.		
Producto Componente 2	2.4 Unidades de salud acreditadas o certificadas. (vinculado al eje 2)	Producto creado	La Matriz de Resultados del POD tenía tres Productos (Número de Policlinicas Certificadas y Número de CEOs certificados), que fueron unidos en este producto de “unidades de salud acreditadas o certificadas”. La certificación de la calidad busca certificar unidades de distintos niveles de atención y este indicador pudo sintetizar los productos, independientemente del tipo de unidad.	Marzo 2010	Marzo 2010
Producto Componente 2	Número de Policlinicas que recibieron la visita educacional de la Agencia Certificador (II) (vinculado al eje 2)	Producto eliminado	Este producto de la matriz de resultados del POD fue eliminado porque se quería tener el número de policlinicas efectivamente certificadas que cumplen con los padrones de calidad, y no el número de policlinicas que recibieron visitas educativas de la Agencia Certificadora.	Marzo 2010	Marzo 2010

2.1.3 Resultados Logrados

- 2.19 Sobre la expansión del acceso de los servicios (Eje 1), los productos de la Matriz de Resultados (construcción de las unidades hospitalarias, construcción de las policlínicas y de los CEOs y la adquisición de equipamientos para estas unidades) se cumplieron 100%. La SESA tuvo una importante capacidad operativa para gestionar varias obras y adquisiciones a la vez, en distintas regiones del Estado, siendo esta una fortaleza destacada del ejecutor. Al tercer año del programa, todas las obras se encontraban concluidas.
- 2.20 La entrada en funcionamiento de las unidades, mayormente en los tiempos previstos, permitió, como estaba pronosticado en su supuesto correspondiente, que esto ampliaría el acceso a consultas médicas, exámenes y terapias especializadas en el interior del Estado, así como a servicios hospitalarios. El promedio de días de espera para acceder a una consulta especializada disminuyó casi un 60%, pasando de 90 (*baseline*) a 41 días (2015), alcanzando la meta estimada con un año de antelación. El alcance de esta meta representa un hecho de destaque nacional e internacional. Los tiempos de espera para servicios especializados en salud en Brasil representa uno de los mayores cuellos de botella del sistema y una de las más importantes trabas para lograr la atención integral y continuada del paciente¹⁵. Igualmente, en el ámbito internacional este tema representa un gran desafío para los sistemas públicos de salud, hasta mismo en países de altos ingresos¹⁶. De esta manera, Ceará obtuvo un logro remarcable tanto en el ámbito del SUS como en nivel internacional, ya que puede ser comparado con algunos países de la OCDE (Canadá, Suecia, Noruega, por ejemplo), que presentan un promedio de 4 semanas (mínimo) de espera, para una consulta especializada. Además, la proporción de mujeres mayores de 40 años con mamografía anual realizada, pasó de 2,02 (*baseline*) a 6,09 (2015). En cuanto a la expansión de los servicios hospitalarios en las regiones de Cariri y Zona Norte, también se observa la caída drástica de las transferencias maternas y neonatales de estas regiones para Fortaleza (cercano a los 95%), lo que confirma que el supuesto que el acceso oportuno y de calidad en la misma región donde viven los usuarios, frenaría el fenómeno de transferencia sistemática a la capital. Por ende, se demuestra que las redes regionales en Ceará se encuentran funcionando como los supuestos sostenían, en términos de acceso, calidad y equidad en la oferta de servicios.
- 2.21 Si bien fue un logro importante el diseño e implantación de la Superintendencia de Redes y Unidades (SRU), previsto en el programa, que posibilitaría que la SESA asumiera sus nuevas competencias y la coordinación de las redes en las regiones del Estado, de manera estratégica y buscando la eficiencia, poco se avanzó más allá del acto de creación de esta estructura. A pesar de contar con un diseño que requería profesionales de alto perfil técnico, se observó que no se logró reclutar y mantener la ocupación de estos puestos como se preveía. Durante casi tres años la SRU funcionó de manera precaria y tuvo dificultades en

¹⁵ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília, CONASS, 2013.

¹⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico- OCDE- *Health at a Glance* 2011.OCDE.

llevar a cabo sus atribuciones técnicas. La falta de contratación de personal tuvo implicaciones para las demás actividades del Componente 2 y que también impidió que se avanzara en la definición del modelo de supervisión y monitoreo de las redes. Así, esta acción sufrió enormes atrasos y fue, finalmente, concretada en el último año de ejecución. Estos retrasos impactaron en la gestión de las unidades y de las redes.

- 2.22 Para intentar resolver esta situación, el Banco realizó una serie de diálogos con el Secretario de Salud y con el Superintendente de Redes y Unidades para encontrar una solución para completar el cuadro de funcionarios de la SRU. El Secretario de Salud buscó así, medios para contratar los perfiles necesarios y, paulatinamente, los profesionales fueron siendo incorporados a la SRU. En los últimos dos años del programa, la SRU ya contaba con un cuadro de personal bastante fortalecido, lo que ha posibilitado empujar muchas actividades que se encontraban pendientes.
- 2.23 Por fin, las actividades vinculadas al incremento de la calidad en la red fueron las que más contaron con rezagos y sus logros alcanzados quedaron muy por debajo de lo previsto. Por tratarse de un tema muy innovador, sobre todo la acreditación de los CEOs, serían esperados estos obstáculos. A principio, se contemplaba contratar a una institución para que se procediera a la acreditación de 37 unidades (entre policlínicas y CEOS). En Brasil, hay un total de 7 (siete) Instituciones Acreditadoras y Certificadoras (IAC) pertenecientes al sistema oficial de acreditación¹⁷. Las primeras licitaciones realizadas preveían que una única IAC (ganadora del proceso) sería la responsable por la acreditación de toda la red. Sin embargo, los procesos de licitación fueron desiertos en sus primeros intentos y se hicieron modificaciones, sucesivamente, para encontrar el modelo ideal que pudiera interesar al mercado de IACs. La reacción del mercado de las IAC mostró que el volumen de trabajo, las distancias y las dificultades logísticas (mayoría de las IAC tienen sus sedes en el sureste del país) impidió el interés de la postulación de estas instituciones. Así, parte importante de los retrasos de los procesos licitatorios se debió al proceso de aprendizaje de modelar una licitación atractiva para las IACs y factible para la SESA. En ese momento también se redujo la meta a contar con 13 unidades acreditadas. Sin embargo, aun con nuevos modelos de licitación, algunos problemas de conducción del proceso técnico surgieron por lo novedoso y singular que representaba el proceso para la SESA. Para fortalecer estos aspectos, fue crucial el apoyo del Banco con la contratación de una consultoría técnica especializada que, juntamente con la SESA llegó a la conclusión de que el proceso de acreditación debería ser reducido, realísticamente, a nueve unidades. Con esto, la empresa consultora preparó un plan de trabajo conjunto con la SESA, para realizar las nueve acreditaciones y al mismo tiempo, para promover la capacitación del equipo propio de la SESA para la segunda fase de la acreditación, prevista en el próximo programa (PROEXMAES II). La estrategia de reducir el número de unidades y fortalecer el conocimiento técnico del equipo, con el apoyo de la consultoría, fue exitosa, de tal manera que 8 de las 9 unidades fueron certificadas entre mayo y julio de 2016 y, al mismo tiempo,

¹⁷ En Brasil, el MS definió que la acreditación por calidad en el ámbito del SUS sería regulada por el *Sistema Brasileiro de Acreditação* - SBA, coordinado por la Organización Nacional de Acreditación- ONA.

la SESA logró constituir un grupo técnico de referencia en calidad y acreditación, que será esencial para dar sostenibilidad a los procesos futuros.

2.24 La Tabla 2 a continuación detalla los logros alcanzados, según la Matriz de Resultados:

Tabla 2
Matriz de Resultados Alcanzados

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Impacto #1: Condiciones de salud de la población de Ceará mejoradas, mediante la expansión del acceso y la mejora de la calidad de los servicios especializados de salud.							
1.1 Tasa de mortalidad materna en Ceará (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	P/100.000	71,1	2009	Sistema SINASC / SIM (SESA)	Valor de Meta Original	48,00	2015
					Valor de Meta revisado	53,50	
					Valor alcanzado	65,5	
1.2 Coeficiente de Mortalidad Infantil Neonatal en la Macrorregión Sobral (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	P/100.000	13,00	2009	Sistema SIM/SINASC	Valor de Meta Original	9,70	2015
					Valor de Meta revisado	9,70	
					Valor alcanzado	10,00	
1.3 Porcentaje de casos de cáncer de mama detectados en estadios III y IV en Estado de Ceará (vinculado a los ejes 1, 2 y 3)	%	9,98	2009	Registro hospitalario de Cáncer - Estado Ceará - INCA	Valor de Meta Original	38,00	2015
					Valor de Meta revisado	38,00	
					Valor alcanzado	57,20	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Resultado #1: Disponibilidad de servicios de salud de nivel secundario y terciario expandida (acceso).							
1.1 Cobertura de consultas médicas especializadas (vinculado a los ejes 1 y 2)	%	0,29	2009	Sistema de información SESA-CORAC/SIA/IBGE	Valor de Meta Original	30,00	2014
					Valor de Meta revisado	30,00	
					Valor alcanzado	30,00	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
1.2 Transferencias obstétricas solicitadas de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. (vinculado a los ejes 1 y 2)	Transferencias	308.00	2012	Sistema de información SESA-CORAC/CNE	Valor de Meta Original	230	2015
					Valor de Meta revisado	77,00	
					Valor alcanzado	4	
1.3 Solicitud de internación de UTI neonatal de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. (vinculado a los ejes 1 y 2)	Número de solicitudes	154.00	2012	SESA-CORAC/CNE	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	36,00	
					Valor alcanzado	10	
Resultado #2: Servicios especializados de salud con calidad mejorada.							
2.1 Promedio de tiempo de espera para consultas especializadas. (vinculado a los ejes 1 y 2)	Dias	90,00	2009	Centrales de regulación	Valor de Meta Original	30,00	2015
					Valor de Meta revisado	30,00	
					Valor alcanzado	41	
2.2 Proporción de mujeres mayores de 40 años que reciben una mamografía al año (vinculado a los ejes 1 y 2)	%	2,02	2009	Sistema de Información SESA y registro hospitalario de cancer - INCA	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	7,00	
					Valor alcanzado	6,9	
2.3 Proporción de consultas especializadas realizadas en las Policlínicas que fueron referenciadas de la atención básica (vinculado a los ejes 1 y 2)	%	81,88	2011	Sistema de Información SISREG III (SESA)	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	80,00	
					Valor alcanzado	100	
# Tasa de infección Primaria de Corriente	Percentual de casos	2,44	2013	Núcleo de Vigilancia Sanitaria/	Valor de Meta Original		2014

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Sanguínea Clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRN) (vinculado al eje 2)				COPROM/ SESA y Coordinación de Seguridad del Paciente y Control de IRAS. Coordinación de Gestión Estratégica – ISGH	Valor de Meta revisado	2,0	
					Valor alcanzado	1,4	
# Tasa de infección Primaria de Corrente Sanguínea Clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRC) (vinculado al eje 2)	Percentual de casos	0,6	2013	Núcleo de Vigilancia Sanitaria/ COPROM/SESA y Coordinación de Seguridad del Paciente y Control de IRAS. Coordinadora de Gestión Estratégica – ISGH	Valor de Meta Original		2014
					Valor de Meta revisado	0,5	
					Valor alcanzado	0,5	

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Componente #1: Expansión de los servicios especializados de salud.							
1.1 Hospital Regional construído	Hospital (vinculado al eje 1)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	1,00	2012
					Valor de Meta revisado	2,00	
					Valor alcanzado	2,00	
1.2 Policlínicas de atencion especializada construidas	Policlinicas vinculado al eje 1)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	9,00	2012
					Valor de Me- ta revisado	9,00	
					Valor alcanzado	9,00	
1.3 Centros de Especialidades	Centros vinculado al eje 1)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	11,00	2012

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
Odontológicas (CEOs) construidos					Valor de Meta revisado	11,00	
					Valor alcanzado	11,00	
1.4 Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico y mobiliario para CEOS comprados y en funcionamiento	Lotes vinculado al eje 1)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	25.00	2013
					Valor de Meta revisado	25.00	
					Valor alcanzado	25.00	
1.5 Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico para el Hospital Zona Norte comprados y en funcionamiento.	Lotes vinculados al eje 1)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	98.00	2012
					Valor de Meta revisado	98.00	
					Valor alcanzado	98.00	
1.6 Lote de equipamiento médico-hospitalario Hospital Sertão Central	Lotes vinculado al eje 1)	0	2016	UGP/SESA	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta revisado	1.00	
					Valor alcanzado	1.00	
Componente #2: Fortalecimiento institucional de la gestión del SESA y de los servicios de salud.							
2.1 Gestores de la SESA y de las unidades de salud capacitados.	Gestores (vinculado al eje 2)	0	2009	Escuela de Salud Pública de Ceará / SESA	Valor de Meta Original	300.00	2015
					Valor de Meta revisado	310.00	
					Valor alcanzado	310.00	
2.2 Unidades de salud con sistema de gestión integrado establecido.	Unidades de Salud (vinculado al eje 2)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	21.00	2015
					Valor de Meta revisado	29.00	
					Valor alcanzado	28.00	

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Medio de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en la que las metas fueron alcanzadas
2.3 Núcleo de seguimiento de la calidad y supervisión de las nuevas unidades de salud establecido.	Núcleo (vinculado al eje 2)	0	2009	UGP/SESA	Valor de Meta Original	1.00	2011
					Valor de Meta revisado	1.00	
					Valor alcanzado	1.00	
2.4 Unidades de salud acreditadas o certificadas.	Unidades de Salud (vinculado al eje 2)	0	2009	Agencia de Certificación SIGP/SESA	Valor de Meta Original	13.00	2016
					Valor de Meta revisado	9.00	
					Valor alcanzado	8.00	

2.1.4 Análisis de la Atribución de los Resultados

2.25 No se realizó una evaluación de impacto del programa. Sin embargo, se puede realizar un análisis de atribución de resultados a las intervenciones del programa. Es posible así, discutir algunos logros alcanzados y explorar la atribución de los mismos a las actividades promovidas en el ámbito del programa a saber:

2.26 indicadores de cobertura y acceso:

(1) Cobertura de consultas médicas especializadas. El incremento registrado en este indicador puede ser indudablemente atribuido al programa, dado que se observa que, en la medida en que las policlínicas y hospitales entran en funcionamiento, la producción de consultas incrementa exponencialmente acompañando este ritmo (DATASUS). Una consultoría especializada¹⁸ realizó estudio sobre el comportamiento de la producción de consultas médicas especializadas y verificó que las policlínicas fueron responsables por el incremento de 120% (promedio) de la oferta de consulta médica especializada, entre 2011 y 2014, en las macro regiones de salud en que están presentes (CNES, DATASUS). Por tanto, es razonable atribuir estos resultados a las inversiones del programa. Sin estas, los estudios muestran que no habría cambios positivos significativos en este indicador, dado que las policlínicas son responsables por casi la totalidad de la producción de consultas médicas especializadas en las regiones del programa.

¹⁸ Informe de Consultoría, Banco Interamericano de Desarrollo (2015). Valim, Roger. "Análise da produção e desempenho das policlínicas no Estado do Ceará".

(2) Transferencias obstétricas solicitadas de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. Uno de los problemas más serios en la atención materno-infantil en la región de Sobral diagnosticados durante la preparación de esta operación fue la ausencia de servicios materno-infantiles para el alto riesgo en la región, lo que generaba transferencias sistemáticas a la capital Fortaleza, generando, muchas veces, complicaciones o hasta la muerte de madres y neonatos. Este indicador tenía como objetivo medir la accesibilidad a servicios de alta complejidad en esta región, así como la autonomía y resolutivez de esta red regional de atención a la salud. Todos los servicios públicos hospitalarios materno-infantiles de alto riesgo en la región de Sobral fueron implementados en el Hospital Regional de la Zona Norte en Ceará (DATASUS, CNES). Así, es posible atribuir que la sensible caída (prácticamente 100%) de las transferencias neonatales desde la región de Sobral a Fortaleza se debió a la apertura de estos servicios (atención al parto de riesgo y cuidados de alta complejidad para neonatos) y su consecuente flujo adecuado de acceso.

(3) Solicitud de internación de UTI neonatal de la Macro Región de Sobral para Fortaleza. Por las mismas razones expuestas en el indicador anterior es plausible atribuir la queda significativa de estas solicitudes de internación UTI neonatal desde Sobral hacia Fortaleza, pues, de la misma manera que los servicios maternos de alto riesgo fueron implementados en la región, en el ámbito del programa, los servicios neonatales también expandieron drásticamente su oferta con la puesta en marcha del Hospital Regional de la Zona Norte. Con esto, se evidencia que en la medida en que estos servicios empezaron a funcionar, los usuarios fueron plenamente atendidos, no siendo más necesaria su transferencia a la capital Fortaleza, situación recurrente antes del programa ser implementado.

(4) Promedio de tiempo de espera para consultas especializadas. Este indicador tiene por objetivo medir accesibilidad y es un indicador internacionalmente validado para medir dicha dimensión en los sistemas de salud¹⁹. Por las mismas razones del indicador mencionado en el ítem (1), se puede atribuir la sensible reducción en el número de días de espera para acceder a una consulta especializada por el aumento significativo de la oferta de estos servicios con la puesta en marcha de las policlínicas en las regiones de intervención del programa.

(5) Proporción de mujeres mayores de 40 años que reciben una mamografía al año. Este indicador tiene por objetivo medir el acceso a servicios de prevención del cáncer de mama, en la franja etaria recomendada por el Ministerio de Salud de Brasil²⁰. El *screening* de grupos poblacionales específicos demuestra ser una de las mejores medidas costo-efectivas en salud pública en todo el mundo²¹ para el enfrentamiento de cáncer de mama. En Ceará, el cáncer de mama es el tipo de cáncer que mata a más mujeres, y, siendo gran parte de estas muertes evitables (por la detección precoz de la enfermedad), ampliar el acceso a los servicios de mamografía sería clave para cambiar esta realidad. Con la

¹⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico- OCDE- *Health at a Glance* 2011.OCDE

²⁰ *Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama – Ministério da Saúde*- Brasil, 2009.

²¹ Dawson D A, Thompson G B. *Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987; Deck W, Kakuma R. Screening mammography: a reassessment. Montreal: AETMIS, 2006.*

apertura de las policlínicas y con las campañas de concientización acerca de realizarse el examen periódicamente, se expandió la proporción de mujeres en la franja etaria recomendada realizando el examen de mamografía. Esta expansión registrada en este indicador también es atribuible al programa, dado que la oferta de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico (SADT), entre ellos, la mamografía, creció cerca de 2000% desde la entrada en funcionamiento de las policlínicas (DATASUS), a partir de 2011. Asimismo, la creciente tasa de utilización de los mismos refuerza la vinculación entre la oferta y la efectiva realización del examen²², captados por este indicador.

(6) Proporción de consultas especializadas realizadas en las policlínicas que fueron referenciadas de la atención básica. Este indicador tenía por objetivo medir el acceso regulado a las consultas médicas especializadas brindadas en las policlínicas. Basado en el supuesto de organización de servicios en red, en el cual la atención primaria es la puerta de entrada y ordenadora del sistema (Mendes, EV, 2015²³) se observó que, de acuerdo a lo que se preveía, todas las consultas especializadas (100%) fueron brindadas por una demanda del primer nivel de atención. Este resultado es totalmente atribuible al programa, ya que se medió el acceso regulado en el ámbito de las policlínicas, en integración con las unidades básicas de salud confirmando el funcionamiento en red de estos servicios.

(7) Tasa de infección Primaria de Corriente Sanguínea Clínica (IPCSC) – UTI Adulto (HRN y HRC). Este indicador, recomendado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria en Brasil (ANVISA), tenía por objetivo medir el nivel de infección en la corriente sanguínea asociadas, generalmente, al uso de los catéteres en pacientes internados en unidades de terapia intensiva. El inadecuado manejo de estos pacientes son las principales causas de estas infecciones, que pueden ser evitadas, en su mayor parte. La OMS relaciona directamente el indicador con la calidad de los servicios brindados en las UTIs²⁴ y consecuentemente, con la seguridad del paciente. Los resultados alcanzados en este indicador son indudablemente atribuibles al programa, dado que ambos hospitales regionales son acreditados por calidad (la acreditación de los hospitales, así como de las demás unidades del programa fue impulsada en el ámbito del eje 2 del programa) y se demuestra que estos vienen alcanzando la meta de disminución de estos eventos, de acuerdo con los principios de seguridad y calidad por los cuales son regidos.

2.27 Indicadores de Impacto:

(1) Tasa de mortalidad materna en Ceará. El Estado posee una tasa de mortalidad materna alrededor de 65 por 100.000 nacidos vivos, superior al promedio nacional (62 por 100.000 - DATASUS, 2015). En que pese el incremento de madres con siete o más consultas prenatales entre 2008 y 2014 (de 50,1% a 63,4%), subsisten así, las altas tasas de mortalidad materna en Ceará. Se estima que un 70% de estas muertes fueron debido a

²² Informe de Consultoría, Banco Interamericano de Desarrollo (2015). Valim, Roger. “*Análise da produção e desempenho das policlínicas no Estado do Ceará*”.

²³ *A construção social da atenção primária à saúde* – CONASS, Brasília, 2015.

²⁴ *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*, Ano IV, Número 8, 2014.

las causas obstétricas directas²⁵ consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio ocasionadas por errores en las intervenciones, tratamientos incorrectos, omisiones, u otros factores asociados. Se bien el indicador viene bajándose en las últimas dos décadas, hay oscilaciones que impiden conformar una tendencia clara. Dado que el indicador es sensible a diversos factores y por tanto, multicausal, las intervenciones brindadas por el programa no fueron suficientes para alcanzar una baja acentuada del indicador en todo el estado, como se esperaba. Las brechas de calidad en la atención sobre todo en la etapa prenatal (atención primaria de salud, fuera del ámbito del programa), son responsables por la no detección y clasificación temprana de riesgo para impedir complicaciones y brindar tratamientos oportunos²⁶.

(2) **Coeficiente de Mortalidad Infantil Neonatal en la Macrorregión Sobral.** La mortalidad neonatal en la región de Sobral bajó de 13 por 100.000 nacidos vivos para 10 por 100.000 nacidos vivos, al final del programa. Las principales causas de la mortalidad neonatal en Brasil (que se puede extrapolar para Ceará) son la prematuridad, mal formación congénita y las infecciones²⁷. Así, el descenso del indicador puede ser atribuible al programa, dado que estas causas pueden ser evitables por el acceso a estructura hospitalaria de alto riesgo (UTIs neonatales, sobre todo) que brindan el adecuado y oportuno cuidado al neonato. Los servicios de atención neonatal en Sobral son ofertados por el Hospital Regional de la Zona Norte, cuya expansión del acceso redujo a casi cero las transferencias neonatales de Sobral a Fortaleza. Esto refuerza que el programa ha sido el responsable por la resolutivez en la atención neonatal en la región, reduciendo, como consecuencia, las muertes de estos neonatos.

(3) **Porcentaje de casos de cáncer de mama detectados en estadios III y IV en Estado de Ceará.** Este indicador tenía por objetivo medir la detección precoz del cáncer de mama y por ende, evitar muertes por esta enfermedad, por medio, sobre todo, de los exámenes periódicos de mamografía, ofertados por las policlínicas. A un mayor nivel de tamizaje de la población, está relacionada a una mayor probabilidad de detectarse precozmente el cáncer en esta población²⁸. Aunque se observó un aumento de la cobertura poblacional de exámenes de mamografía por la población objetivo, no fue alcanzada la meta de reducir los registros de cáncer de mama en estadios avanzados, cuando el riesgo de complicaciones y muerte incrementan considerablemente. El programa ha ampliado el acceso, pero todavía no ha sido suficiente para cambiar la situación sanitaria en todo el Estado, en este corto espacio de tiempo.

²⁵ La hipertensión y el shock hemorrágico correspondieron a 19,7% y 10,9% del total de muertes maternas, seguidas por la infección puerperal (6,5%) y el aborto (4,6%). (DATATUS, 2010)

²⁶ Calderón, IM; Cecatti, JG; Vega, CE- *Intervenções benéficas no pré natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Volume 28, 2006.*

²⁷ Lansky et al, *Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Número 30, 2014*

²⁸ Dawson D A, Thompson G B. *Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987*

2.1.5 Resultados imprevistos

2.28 El *Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará* – IPECE ha identificado importantes resultados no previstos recurrentes de las inversiones de este programa²⁹. Entre ellos, se destacan: (i) reducción, en promedio, de 75% del tiempo de desplazamiento entre la residencia y el local de atención especializada (policlínicas, CEOS y hospitales regionales), pasando así de 4 a 1 hora, por carretera; y (ii) generación de 6.643 empleos directos e indirectos. Sobre este último, es importante destacar que la apertura del Hospital Regional de Sobral, que también cumple con las funciones de ser un hospital de enseñanza, posibilitó la creación de cerca de 130 nuevas plazas en los programas de residencia, favoreciendo la formación y fijación de recursos humanos especializados (principalmente médicos) en el interior del Estado.

2.1.6 Eficiencia

2.29 Durante el diseño de este programa no se consideró la realización de un análisis económico ex post. Este programa ha sido calificado en su desempeño como satisfactorio de acuerdo con la metodología utilizada por el banco para la calificación de proyectos que utiliza los índices de desempeño del Programa (SPI(a)) y el Índice de desempeño del costo (CPI(a))³⁰. Estos índices miden desviaciones en términos de costo y tiempo con respecto al plan que se va ingresando cada año. Dichos índices estuvieron en satisfactorio todos los años excepto el 2010³¹. El programa tuvo atrasos de acuerdo con el período previsto de duración, recibiendo una extensión de 24 meses de duración (cuando tenía 90% desembolsado) con la finalidad de completar las actividades del Componente 2. Las actividades pendientes de este componente, aunque poco representativas en términos financieros, representaban un eje importante del programa que contenía aspectos innovadores. Aprovechando el proceso de tramitación de la solicitud de prórroga del plazo, y dado que algunos productos ya terminados contaban con saldos, el Gobierno de Ceará también solicitó la reasignación de recursos de esas actividades.

Índice de rendimiento e índice de rentabilidad de los costos del programa							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SPI(a)	1.16	0.66	0.81	1.01	0.98	0.99	1.01
CPI(a)	1.16	0.52	1.04	1.11	0.99	1	1.01

La Tabla 3 a continuación demuestra los costos planificados, realizados y ajustados, durante el periodo de ejecución de la operación.

²⁹ IPECE- INFORME 41: *Desempenho SAÚDE – Impactos da Nova Infraestrutura (Investimentos) do Estado do Ceará*

³⁰ Esta metodología usada por el Banco, para este programa se calculan tres indicadores de desempeño en un indicador combinado. Los tres indicadores son: (i) desembolsos históricos acumulados de Brasil; (ii) índice de costo de desempeño anual (CPI(a)); y (iii) índice de cronograma anual (SPI (a)).

³¹ Se considera que el CPI(a) y SPI (a) son satisfactorios cuando se encuentran en un rango de entre 0,8 a 2.

Tabla 3
Costos del Programa³²

Componente	Producto	Costo Total Planeado (US\$) (Año) P				Costo Total Revisado (US\$) (Año) Pa				Costo Total Actual (US\$) (Año) a			
		BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%
1 – Expansión de los Servicios Especializados de Salud³³.	1.1 - Hospital Regional ³⁴ const ruído	32,177,635.28	19,422,165.72	51,599,800.00	41.79	37,389,055.10	41,976,377.08	79,365,432.18	48.56	37,285,683.82	30,714,958.73	68,000,642.54	47.21
	1.2 - Policlínicas con atención especializada construidas	19,014,187.60	11,476,812.40	30,491,000.00	24.69	16,409,517.45	18,422,826.96	34,832,344.41	21.31	14,720,013.30	14,446,020.20	29,166,033.50	20.25
	1.3 - Centros de Especialidades odontológicas (CEOs) construidos	4,340,879.60	2,620,120.40	6,961,000.00	5.64	4,204,313.75	4,720,146.49	8,924,459.24	5.46	3,839,465.00	4,310,535.00	8,150,000.00	5.66
	1.4 - Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico y mobiliario para CEOs comprados y en funcionamiento	4,610,274.80	2,782,725.20	7,393,000.00	5.99	2,899,254.94	3,254,969.08	6,154,224.02	3.77	1,309,869.76	1,470,579.74	2,780,449.50	1.93
	1.5 - Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico para el Hospital Zona Norte comprados y en funcionamiento	7,795,000.00	4,705,000.00	12,500,000.00	10.12	13,405,294.97	15,050,011.69	28,455,306.66	17.41	12,789,771.56	14,358,968.74	27,148,740.30	18.85
	1.6 Lote de equipamiento médico-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	715,834.09	803,660.91	1,519,495.00	1.05

³² El proyecto tuvo dos productos que tuvieron saldos y para lo cual sus montos se reasignaron: el producto 1.4 – Lotes de equipamientos e instrumental quirúrgico y mobiliario para CEOs comprados y en funcionamiento se terminó en 2013 y tuvo saldo de. de US\$4,612,550.50; y el producto 2.4 – - Unidades de salud Acreditadas o Certificadas tiene previsión de término en 2016, previsto US\$3.511.000, con un saldo de US\$3.251.130,00.

³³ El ejecutor tramitó en diciembre de 2013 un pedido de reasignación de valores entre componentes, donde hubo un incremento en el componente 1.2, y en marzo de 2014, el ejecutor redefinió el planeamiento financiero del producto, dado que ya se encontraba con 90% de ejecución y con 100% de algunas metas ya concluidas, lo que permitió replanificar saldos remanentes.

³⁴ Teniendo en cuenta la apreciación del dólar respecto al real en 2015 y 2016, se acordó que estos saldos constantes del Componente 1 fuesen destinados a la compra de parte de los equipamientos del Hospital Regional del Sertão Central (producto 1.6). Estos gastos fueron considerados elegibles y están totalmente alineados con el objetivo del programa, de fortalecer la atención especializada (de media complejidad y hospitalaria) en las regiones. La Regional Sertão Central es una de las nuevas regionales de salud y carecía de un hospital regional para referir su población. El Estado, con recursos propios, construyó el Hospital y el Banco apoyó con una parte (menos de 10%) de sus equipamientos.

	hospitalario Hospital Sertão Central												
2 - Fortalecimiento Institucional de la SESA y de los servicios.	2.1 - Gestores de la SESA y de las unidades de salud capacitados	757,781.76	457,391.04	1,215,172.80	0.98	266,110.79	298,760.35	564,871.14	0.35	357,609.51	401,485.18	759,094.69	0.53
	2.2 - Unidades de salud con sistema de Gestión Integrada establecido	4,846,699.29	1,961,932.50	6,814,631.79	5.52	1,125,307.06	1,216,809.38	2,342,116.44	1.43	1,380,929.89	1,550,358.36	2,931,288.25	2.04
	2.3 - Núcleo de seguimiento de la calidad y supervisión de las nuevas unidades de salud establecido	471,100.86	1,235,861.82	1,706,962.68	1.38	83,917.05	94,212.97	178,130.02	0.11	173,233.33	194,487.59	367,720.92	0.26
	2.4 - Unidades de salud Acreditadas o certificadas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	334,950.68	376,046.30	710,996.98	0.49
3 - Administración del Programa													
Administración y Auditoría del Programa		2,986,440.81	1,802,591.92	4,789,033.00	3.88	1,217,230.00	1,410,996.00	2,628,226.00	1.60	1,176,414.00	1,320,750.00	2,497,165.00	1.73
Total (Proyecto)		77,000,000.00	46,470,600.00	123,470,600.00	100	77,000,000.00	86,445,110.00	163,445,110.00	100	74,083,775.24	69,947,851.19	144,031,626.00₃₅	98.27

³⁵ Faltan aproximadamente US\$16.000.000,00 de recursos de contrapartida y aproximadamente US\$3.000.000,00 de recursos del Banco para ser justificados hasta el final del programa, a fines de octubre 2016.

2.2 Relevancia

- 2.30 El programa mantuvo su coherencia en relación a la Estrategia País 2004-2007 (GN-2327-1), la cual estaba en vigencia durante su preparación. Asimismo, logró su primer desembolso e inicio de su ejecución en el período de vigencia de la actualización del documento (GN-2477) y su prórroga, en 2010 (GN-2570). La continuidad de la ejecución del programa ocurrió bajo el periodo de vigencia de, y las Estrategias País 2012-2014 (GN-2662-1) y 2015-2018 (GN-2850-1). Observando tales documentos, el programa se alinea con los propósitos del Banco en el sector salud, de apoyar a los entes subnacionales (especialmente aquellos localizados en la región noreste del país); de incrementar la cobertura y la calidad de los servicios materno-infantiles y expandir los servicios volcados a la prevención y cuidado de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
- 2.31 Asimismo el programa fortaleció la implementación de las estrategias nacionales y del Estado de Ceará de reorganización de los servicios de salud en redes regionalizadas de atención. Tanto el Plan Director de Salud (PDR) de Ceará como el programa nacional, del MS "*Pacto pela Saúde*" tuvieron sus objetivos fielmente cumplidos en el programa, razón por la cual Ceará logró, con el impulso dado por este programa, consolidar una red especializada, de base regionalizada, que es actualmente referencia nacional.
- 2.32 El programa proporcionó al Estado de Ceará la oportunidad de implementar los conceptos innovadores de gestión de redes de salud para crear nuevos modelos de gestión compartida (los consorcios interfederativos, firmados entre el Estado y municipios para la gestión de las policlínicas y CEOs) y pudo desarrollar, en el interior del Estado, la gestión de los hospitales regionales por Organizaciones Sociales de Salud (OSS), mediada por contratos de resultados (producción y calidad).

2.3 Sostenibilidad

- 2.33 En términos de la sostenibilidad de las acciones promovidas por el proyecto, en el marco del financiamiento del SUS se garantiza por la asignación obligatoria de partidas presupuestales en cada esfera del gobierno de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Constitución Federal, afianzando, así, la continuidad de la operación de los servicios de salud.
- 2.34 A pesar de la grave crisis fiscal que atraviesa el país, y a pesar que recientemente ha habido problemas en las transferencias de recursos del gobierno federal para el área de salud en el estado, Ceará cuenta con recursos financieros que permiten mantener los servicios en funcionamiento. En este escenario de restricciones fiscales es fundamental seguir mejorando el desempeño de los servicios, así como su eficiencia (mayor producción y calidad, con menos costos). Estos desafíos de mejorar permanentemente la gestión de la red, teniendo en cuenta un contexto fiscal de limitaciones, serán enfrentados con apoyo en

la futura operación del Banco con el Estado en el sector salud (BR-L1408), que dará continuidad a la agenda de eficiencia y sostenibilidad de los gastos en salud. El programa sedimentó importantes acciones en el campo de gestión y de la calidad que potencializan la sostenibilidad del SUS en Ceará y de las inversiones realizadas en su ámbito. Como ejemplo de ello, la creación de estructuras, herramientas y sistemas de monitoreo en la Superintendencia de Redes y Unidades (SRU) seguirá apoyando la SESA en la gestión más eficiente de los servicios, mejorando la performance de las redes regionales. Asimismo, el gran impulso dado a la acreditación de las primeras unidades, acompañada de la formación de un equipo técnico de referencia posibilitarán, por otro lado, seguir con la agenda de la calidad en el Estado, que será apoyada en el programa de la segunda fase (PROEXMAES II). En esta nueva operación, está prevista en el diseño de la nueva Unidad Gestora del Programa la creación de una gerencia de calidad, que contará con un equipo técnico especializado responsable por dar seguimiento a la acreditación de las unidades restantes y por mantener la acreditación de las demás, ya certificadas.

- 2.35 Otros temas técnicos que podrían afectar la sostenibilidad del proyecto pueden ser mencionados, como (i) el mantenimiento de los cuadros de personal calificado; (ii) el mantenimiento de los equipos y estructuras físicas de los servicios y (iii) continuidad de los consorcios interfederativos (estado y municipios). Sobre estos temas, las siguientes acciones están en curso: (i) la SESA sigue con el esquema de contratación de los profesionales por oposición (cuando los servicios son gestionados por los consorcios) y de las OSS (hospitales), que garantizan que sean atendidos los requisitos técnicos para ocupar todos los puestos y además la SESA seguirá capacitando los profesionales de la red (previsto, incluso en el nuevo programa); (ii) los consorcios y las OSS cuentan con cláusulas contractuales que incluyen la responsabilidad por el mantenimiento de los predios y de los equipamientos; (iii) la continuidad del consorcio está garantizada por ley del estado y que se renueva a cada ciclo político de los municipios y del Estado. Hasta el momento, la sostenibilidad de estos acuerdos no fue afectada por dichos cambios.
- 2.36 En cuanto a sostenibilidad política del proyecto, aunque el programa atravesó dos elecciones para gobernador, no hubo interrupción o cambios y no se estiman cambios de rumbos que amenacen la red ya constituida. Al contrario, mantener los servicios en funcionamiento es una solicitud de la población y por tanto, estas inversiones cuentan con fuerte apoyo popular y del actual gobierno.

2.4 Criterios no centrales

2.4.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco

- 2.37 El programa contribuyó con la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (AB-2764) (GCI-9) de: reducción de la pobreza y aumento de la equidad, por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios especializados de salud y la atención materno-infantil. Asimismo, contribuyó a las metas regionales de desarrollo del marco de resultados del Banco de:

(i) reducción de la mortalidad materna; y (ii) reducción de la mortalidad infantil, y al producto de personas recibiendo un paquete de servicios de salud y al producto apoyo a gobiernos municipales y subnacionales. El programa está alineado con la prioridad de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) para fortalecer a sistemas nacionales de salud para hacer frente a la doble carga de la transición de salud. Además, está alineado con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) en relación a fortalecer la gestión y mejora de la calidad de los servicios, avanzando en consolidación de las RAS.

2.4.2 Contribución a los objetivos de Desarrollo de la Estrategia País.

- 2.38 Como comentado en la sección 2.31, el programa es consistente y se alinea con las Estrategias del Banco para Brasil, vigentes durante la preparación y ejecución del mismo. El programa contribuyó a la Estrategia País 2004-2007 (GN-2327-1) ya que promovió actividades que apoyaron la organización, el financiamiento y la operación del Sistema Único de Salud. Asimismo, apoyó el desarrollo de los entes subnacionales, por medio del fortalecimiento de la descentralización y acercamiento a la población y sus problemas. El programa también es consistente con los documentos GN-2477 y GN-2570, que actualizaron y prorrogaron la Estrategia País 2004-2007 (GN-2327-1), contribuyendo especialmente al objetivo “(b) Pobreza, Equidad y Formación de Capital Humano, con énfasis en programas de distribución de la renta como medida de corto plazo para el alivio de la pobreza y en programas de educación y salud como medidas sostenibles para la mejora de la equidad”. Además, el programa guardó coherencia con la Estrategia País 2012-2014 (GN-2662-1), especialmente con los objetivos de: (i) expandir la oferta de servicios de prevención a las enfermedades crónico-degenerativas; (ii) mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios materno-infantiles; y reducir las iniquidades regionales. Por último, el programa también contribuye a la Estrategia País 2015-2018 (GN 2850-1), especialmente con el área estratégica II “Reducción de la iniquidad y mejora de los servicios públicos”.

2.4.3 Monitoreo y Evaluación

- 2.38 El programa contó con un Plan de Monitoreo y Evaluación (M&E) y hubo algunas dificultades para su efectiva implementación. A pesar que en el diseño de la Unidad Gestora estaba previsto un coordinador para M&E, este cargo fue, en la mayor parte de la ejecución del programa ocupado por profesionales con otra formación profesional. Se dieron atrasos en la recolección de información de algunos indicadores.
- 2.39 En cuanto al diseño del M&E, si bien la propuesta de los indicadores de productos fue adecuada, algunos ajustes fueron necesarios. Sobre los indicadores de resultado, se identifican algunos que se tuvieron que eliminar (y sustituir con otros), ya que las fuentes de datos no estaban disponibles como, por ejemplo: la atención odontológica especializada y las tasas de infección hospitalaria. Durante el diseño no había sistema de información en los CEOS capaz de recolectar información para medir los servicios odontológicos especializados ni tampoco los de infecciones hospitalarias. Solamente en el último año de

ejecución, con la implementación del sistema de monitoreo en la SRU, se definió un conjunto de indicadores para las respectivas áreas y algunos de estos indicadores odontológicos pasaron a ser registrados y acompañados en los CEOs. Ya el sistema de registro de infección hospitalaria fue posible, posteriormente a obtener sus registros, tras la entrada en operación de los hospitales.

- 2.40 Aún sobre la implementación del M&E, otro factor dificultador fue el distanciamiento entre la UGP y las áreas técnicas de la SESA, lo que generó baja adhesión de los técnicos en el monitoreo de productos y resultados, que serían importantes insumos para discutir las políticas de salud del Estado. Para solventar este tema, fueron creados grupos de trabajo para cada subcomponente del Programa, para que hubiese un mayor involucramiento de los profesionales de las áreas técnicas en las discusiones y en la toma de decisiones.

2.4.4 Uso de sistemas de países

- 2.41 El programa ha fortalecido el uso de los sistemas de países, tanto del punto de vista fiduciario, como no fiduciario. Del punto de vista fiduciario, durante la ejecución del programa, fueron utilizados sistemas de compras nacionales (licitación con base en la legislación nacional, para obras y equipamientos, subasta electrónica, adhesión a actas de compras). Estas prácticas reforzaron el compromiso del Banco en apoyar el desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas nacionales. En referencia a sistemas no fiduciarios, el programa contribuyó a contar con inversiones directas en el fortalecimiento de sistemas de información de las unidades implementadas que, por su vez, alimentan los sistemas de salud oficiales (DATASUS).

2.5 Salvaguardias ambientales y sociales

- 2.42 El programa obtuvo clasificación Categoría “B”, debido a potenciales impactos negativos que podrían generar los Residuos Sólidos de Salud (RSS) producidos por las unidades, sobre todo, los hospitales. Para evitar tales impactos al medioambiente y a la salud de las poblaciones vecinas, cada unidad tuvo que desarrollar e implementó un Plan de Gestión de los Residuos Sólidos de Salud (PGRSS), que además de atender a la política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), también se alinea con los dispositivos previstos en la legislación nacional.

III. Hallazgos y Recomendaciones

3.1 Lógica Vertical

- 3.1 Se dieron cambios en indicadores de resultados por no contar con la información disponible para medir el indicador. Se recomienda así que, al elaborar indicadores nuevos en la Matriz de Resultados, que se incluya en el plan de monitoreo y evaluación un seguimiento a la entrega de la información y verificar si los medios de verificación se confirman de acuerdo a que se pensaba durante el diseño. Afortunadamente no se hicieron cambios que afectaron la lógica vertical del proyecto. Los principales cambios en productos se dieron por reasignaciones de recursos de saldos provenientes de productos ya concluidos o por la tasa cambiaria. Además, por los atrasos en la contratación de la IAC para llevar a cabo la certificación por lo que se disminuyó el número de unidades que serían certificadas.
- 3.2 A pesar que algunos hitos no fueron cumplidos en su totalidad, como los acuerdos de gestión entre estado y municipios basados en resultados, la lógica vertical del programa no fue afectada pues los supuestos de mantener la red en funcionamiento, por un esquema de financiación y gestión compartida fueron alcanzados, aunque se esperase un modelo más avanzado de acuerdos.

3.2 Ejecución y Presupuesto

- 3.3 El programa fue ejecutado en seis años (termina en diciembre de 2016) y contó con dos años de prórroga. Durante su ejecución se tramitaron dos modificatorios al contrato de préstamo. El primero fue procesado para ampliar los recursos de contrapartida y, en consecuencia, el costo total del Proyecto. Tal Modificadorio al Contrato de Préstamo Contrato de Préstamo fue firmado el 21 de noviembre de 2014. Posteriormente el estado solicitó la prórroga del plazo de desembolsos por dos años, pasando la fecha final de desembolso para 22 de diciembre de 2016, que se formalizó por el Modificadorio al Contrato de Préstamo No. 2, de fecha 20 de febrero de 2015.
- 3.4 El ritmo de ejecución de las obras fue acelerado, pero esto no ocurrió para los temas de gestión, de calidad y de capacitación. Esta ejecución refleja que el equipo gestor del programa cuenta con mucha experiencia en ejecución de obras, pero con experiencia aún incipiente para desarrollar y gestionar las actividades previstas en los temas de calidad (en gran parte porque estos fueron innovadores). Para mitigar tal riesgo, se recomienda vincular las metas de ejecución de obras a metas de los componentes que tratan de la mejora de la gestión.
- 3.5 Los retrasos ocurridos por la fragilidad en el funcionamiento de la SRU, durante los primeros años del programa fueron superados ya en los dos últimos años de ejecución, como

resultado de las varias rondas de dialogo del Banco y con una fuerte inversión de la SESA, ya en la recta final de programa, en contratar los perfiles adecuados para que la Superintendencia pudiera desarrollarse de acuerdo a lo previsto.

- 3.6 El presupuesto del programa fue incrementado, con la ampliación de la contrapartida local, que subió de US\$46.470.600 a US\$86.445.110. Así el valor total del programa pasó de US\$123.470.600 a US\$163.445.110 para llevar a cabo la construcción del Hospital Regional del Cariri. Dicha ampliación de contrapartida fue reconocida por las autoridades federales y generó la modificación al contrato referida en el párrafo 3.3.

3.3 Experiencia general con la gestión del proyecto

- 3.7 En 2011, hubo cambios importantes en la UGP, debido a problemas con los procesos de contratación de los miembros, lo que provocó una discontinuidad del ritmo de trabajo y retrasos en las actividades pertinentes al Componente 2. La inestabilidad del equipo y las constantes rotaciones de personal, perjudicaron la ejecución del Componente 2, así como una efectiva gestión de las nuevas unidades. La Superintendencia de Redes y Unidades, estructura implementada en la SESA, como parte de las actividades del programa, funcionó la mayor parte del periodo de ejecución del programa con pocos funcionarios, sin contar con el perfil técnico deseado lo que imposibilitó que temas importantes a su cargo se desplegasen.
- 3.8 Sin embargo, ya en los dos últimos años de ejecución, cambios positivos en el equipo permitieron implementar las tareas pendientes, así como cumplir con un riguroso plan de trabajo para finalizar el programa.
- 3.9 La realización de talleres de riesgo con la metodología del Banco (en la preparación, arranque y ejecución) permitió identificar las posibles dificultades de ejecución y sus acciones de mitigación, que fueron incluidas en los Planes Operativos Anuales, para monitoreo y seguimiento oportuno.

3.4 Evaluación de impacto

- 3.10 El programa no contó con evaluación de impacto, que podría haber servido para generar evidencias acerca de la efectividad, en el campo empírico, de las redes de atención a salud. Aunque no se pueda contar con un contra factual para los indicadores de impacto de la Matriz de Resultados, estos se muestran adecuados para aproximar las contribuciones del programa a los mismos, considerando que el programa fue la principal estrategia del Gobierno de Ceará para ampliación de las redes de salud en los últimos años.

- 3.11 Esta limitación será superada en la segunda operación del Estado con el Banco en el sector de salud (BR-L1408- Programa de Expansión y Fortalecimiento de la Atención Especializada en Salud en Ceará- PROEXMAES II), que prevé una evaluación de impacto por método de Diferencias en Diferencias, por Cohorte Sintético. Con ello, se espera obtener evidencias del impacto sanitario del modelo de Redes de Atención en Salud, en Ceará, ya que las inversiones de este nuevo préstamo igualmente se destinan a la consolidación de los servicios especializados en regiones que no fueron beneficiadas en la primera operación.

3.5 Asuntos no resueltos

- 3.12 La acreditación por calidad de las unidades no hospitalarias (policlínicas y CEOS) no pudo darse al 100% en esta operación, como previsto originalmente, por insuficiencia de capacidad técnica y operativa de la SESA en manejar un proceso de esta magnitud. Así las unidades remanentes serán acreditadas en el ámbito de la segunda operación con el Estado (BR-L1408).
- 3.13 Sobre los acuerdos de gestión entre los municipios y el estado, la SESA prevé una revisión de los mismos para el próximo año, que avanza a un modelo más volcado a resultados, con el propósito de impulsar cambios significativos en la gestión de la salud en las regiones.

Tabla 4
Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Lógica Vertical	
Hallazgo # 1 Se identificaron Indicadores que eran más complejos medirse de lo que se pensó durante el diseño (párrafos 2.14)	Recomendación # 1 Cuando se trate de medir indicadores nuevos, incluir mayores detalles en el plan de M&E específicamente pasos intermedios para asegurar que los datos están disponibles o que se vayan construyéndose en el tiempo. Es necesaria reforzar la necesidad de una adecuada evaluación de factibilidad (tiempo, costes y medios de verificación) de los indicadores, antes de confirmar los mismos en el plan de M&E del programa.
Ejecución y Presupuesto	
Hallazgo # 2 Equipos con debilidades técnicas pueden retrasar temas que exigen capacidad técnica y experiencia en gestión. Es más fácil ejecutar obras que desarrollar temas de conocimiento y cambios (párrafos 2.21 y 2.22)	Recomendación # 2 Vincular la ejecución de obras a la ejecución de los temas más dirigidos a la mejora de la gestión, que tienen poco apelo, en general, para los gestores. Así se puede establecer metas de cumplimiento de los temas relacionados a la gestión como condiciones para avanzar con las obras.
Hallazgo # 3 Equipos inestables retrasan el ritmo de ejecución (párrafos 2.21, 2.22 y 3.7)	Recomendación # 3 Acordar con la contraparte un presupuesto fijo de apoyo a la contratación de personal, así como un organigrama y sus respectivas funciones, competencias y capacidades y vigilar por el cumplimiento de estos principios. Asimismo, se pueden agregar indicadores de resultados que puedan reflejar el buen funcionamiento del equipo, para que pueda servir de incentivo y como seguimiento de este importante aspecto de la ejecución del programa.
Resultados	
Hallazgo # 4 Para promover cambios significativos en la oferta y acceso a servicios en corto espacio de tiempo son necesarias inversiones de escala, coordinadas y articuladas en red (párrafo 2.20).	Recomendación # 4: Contar con planes de trabajo que cuenten no solamente con ejecución de las obras, pero también con la agenda de gestión de las nuevas unidades (sus arreglos organizativos, procesos y flujos con la red pre existente, así como sus esquemas de financiación). Esto permite que se agilice la puesta en marcha de las unidades, sin retrasos y de manera masiva.
Evaluación de Impacto	
Hallazgo # 5 Importancia de contar con evidencias del modelo de Redes de Atención a Salud (párrafo 2.7 y 2.8).	Recomendación # 5 En el caso de temas innovadores, como fue el caso de este programa, sería recomendable la previsión, en su preparación, de su evaluación de impacto, que generaría evidencias oportunas para el trabajo del Banco en el tema.

Asuntos no resueltos	
Hallazgo # 6 La acreditación por calidad de unidades no hospitalarias era (y aún lo es) un tema muy nuevo para el país. En apenas cuatro años, se esperaba, además de construir y equipar las unidades, que rápidamente se pudiese certificarlas. El proceso, en la práctica, se mostró mucho más complejo y demorado (párrafo 2.22)	Recomendación # 6 Contar con un equipo adecuado en número y perfil técnico y promover su capacitación y entrenamiento permanentes. Además, tener en cuenta los intereses y capacidades del mercado (en este caso, las IACs), fue clave para contar con un modelo de licitación atractivo y factible para estas instituciones.
Hallazgo # 7 Los acuerdos de gestión entre Estado y Municipios pueden trascender a la gobernabilidad del programa (párrafo 2.15, 3.2 y 3.13)	Recomendación # 7: Siendo este un hito importante para la operación de las nuevas unidades sería importante contar con consultorías de apoyo al Gobierno para diseñar y conducir los diálogos y rondas de negociación con el propósito de fortalecer y facilitar el proceso.
Hallazgo #8 Cambios institucionales llevan tiempo para consolidarse (con base en la creación de la Superintendencia de Redes y Unidades) (párrafos 2.21, 2.22 y 3.2)	Recomendación #8: Elaborar planes de trabajo por etapas, afianzados con compromisos y metas claras con el gobierno, esperando, así, consolidar paulatinamente el cambio esperado. Además, es necesario hacer un plan de seguimiento de cada etapa, para los necesarios ajustes de trayectoria, involucrando los actores claves del cambio,

ANEXO I

**Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada em Saúde no Estado de
Ceará– PROEXMAES - BR-L1177**

COMENTARIOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ AO DOCUMENTO DE TERMINAÇÃO DE PROJETO – PCR



**Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde**

PONDERAÇÕES AO RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DO PROGRAMA (PCR)

Em atendimento a carta CBR-4933/2016, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), dirigido ao Secretário da Saúde do Estado do Ceará, apresentamos abaixo ponderações referente ao Relatório de Conclusão do Projeto, referente ao Empréstimo 2137/OC-BR (BR-L1177) Programa de Expansão e Melhoramento de Serviços Especializados de Saúde no Ceará (PROEXMAES).

1. Data do Relatório

Em alguns trechos do documento informam ações pendentes do Programa, apesar de já terem sido concluídas. Diante disso, sugerimos atualização dessas informações, já que o documento em questão será publicado em 2017.

Destacamos abaixo os itens identificados:

- **Páginas 34 e 35 – Tabela 3 (Costos Del Programa)**

No rodapé da página 35 do relatório tem o seguinte comentário:

“Faltan aproximadamente US\$16.000.000,00 de recursos de contrapartida y aproximadamente US\$3.000.000,00 de recursos el Banco para ser justificados hasta e final el programa, a fines de octubre 2016”.

Com a conclusão do Programa não temos valores pendentes de justificativa em contrapartida e no aporte local, a única pendência é o pagamento da empresa de auditoria Loudon, no valor de US\$ 21.443.

Abaixo status atual do programa:

CATEGORIAS		ORÇAMENTO VIGENTE			Costo Total Actual (US\$)			ORÇAMENTO A REALIZAR		
					(Año)					
NÚMERO E TÍTULO DOS COMPONENTES		BID	LOCAL	TOTAL	BID	LOCAL	TOTAL	BID	LOCAL	TOTAL
01	Componente I	71.077.652,00	78.437.595,00	149.515.247,00	71.077.652,00	79.777.727,68	150.855.379,68	-	1.340.132,68	- 1.340.132,68
01.01	Obra	44.393.692,00	56.898.941,00	101.292.633,00	44.232.091,17	76.233.393,32	120.465.484,49	161.600,83	- 19.334.452,32	- 19.172.851,49
01.02	Equipamento	26.683.960,00	21.538.654,00	48.222.614,00	26.845.560,83	3.544.334,36	30.389.895,19	- 161.600,83	17.994.319,64	17.832.718,81
02	Componente II - Fortalecimento da Gestão e Melhoria da Qualidade	4.253.960,00	3.774.840,87	8.028.800,87	4.253.960,00	3.855.366,26	8.109.326,26	-	80.525,39	- 80.525,39
02.01	Subcomponente A	2.578.070,00	2.159.694,58	4.737.764,58	2.578.070,00	3.361.229,10	5.939.299,10	-	1.201.534,52	- 1.201.534,52
02.02	Subcomponente B	1.675.890,00	1.615.146,29	3.291.036,29	1.675.890,00	494.137,16	2.170.027,16	-	1.121.009,13	- 1.121.009,13
03	Componente III	1.668.388,00	4.232.673,91	5.901.061,91	1.646.557,73	4.419.185,20	6.065.742,93	21.830,27	- 186.511,29	- 164.681,02
03.01	Sistema de Gerenciamento para a UGP	218.260,00	131.740,00	350.000,00	213.848,50	97.068,68	310.917,18	4.411,50	- 34.671,32	- 39.082,82
03.02	Auditoria Externa Independente	184.982,00	232.372,00	417.354,00	155.521,17	55.037,60	210.558,77	29.460,83	- 177.334,40	- 206.795,23
03.03	Supervisão e Controle do Andamento das Obras	789.780,35	1.891.597,00	2.681.377,35	789.780,35	1.767.291,55	2.557.071,90	- 0,01	124.305,45	124.305,45
03.04	Consultoria para Avaliação Intermediária e Final do Programa	269.962,66	464.743,00	734.705,66	32.542,28	-	32.542,28	237.420,38	464.743,00	702.163,38
03.05	Outros Serviços Especializados	205.403,00	117.991,89	323.394,89	454.865,43	185.509,84	640.375,27	- 249.462,43	- 67.517,95	- 316.980,38
03.06	Reservas e Custos Financeiros do Programa	-	1.394.230,02	1.394.230,02	-	2.314.277,53	2.314.277,53	-	920.047,51	- 920.047,51
87	Interest Capitalization	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87.1	F.I.V.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87.2	Interest Capitalization	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CUSTO TOTAL		77.000.000,00	86.445.109,78	163.445.109,78	76.978.169,73	88.052.279,14	165.030.448,87	21.830,27	- 1.607.169,36	- 1.585.339,08
PARI-PASSU (%)		47,11	52,89	100,00	47,10	53,87	100,97	0,01	-0,98	-0,97
		BID	LOCAL	%	BID	LOCAL	%			

- **Página 10**

Na nota de rodapé 13, referente ao processo de Acreditação, informa:

“¹³ Los hospitales regionales en el ámbito del programa también fueron certificados, pero su certificación estuvo a cargo de la Organización Social de Salud – OSS que los gestiona. Las ocho unidades (policlínicas y CEOS) obtuvieron su certificación por calidad en julio de 2016, con excepción del CEO de Baturité que tendrá una nueva visita en octubre próximo.”

Entretanto, o CEO de Baturité foi Acreditado em outubro de 2016.

2. Página 11, Item 2.16

O texto apresenta uma vinculação entre o processo de acreditação e o monitoramento das taxas de infecção hospitalar do HRN. Tendo em vista, que o programa não trabalhou a certificação deste equipamento, sugerimos a alteração do texto, sendo proposto:

- Vinculação da acreditação/certificação ao indicador 2.4 Unidades de salud acreditadas o certificadas (página 22); ou
- Manter a informação sobre o indicar de infecção hospitalar, mas em relação entre o objetivo do programa de levar serviços públicos de qualidade com as metas internacionais para a segurança do paciente.

3. CEOs

Nota-se que o documento informa a construção de 11 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), entretanto tivemos 16 CEOs construídos.

PROGRAMA DE EXPANSÃO E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE

DO ESTADO DO CEARÁ

PROEXMAES - BR-L1177/ (2137-OC-BR)

OFICINA DE ENCERRAMENTO

I. INTRODUÇÃO

1.1 No dia 13 de fevereiro de 2017 foi realizada, na cidade de Fortaleza, foi realizada a oficina de encerramento do Programa em referência, da qual participaram, por parte da equipe do Banco, os Especialistas Ian Mac Arthur e Marcia Rocha, quem a liderou. Pelo lado da SESA Ceará participaram membros das equipes das diversas áreas técnicas e o Secretário de Saúde do Estado do Ceará Henrique Javi e o Secretario Ajunto, Marcos Gadelha.

1.3 O BID agradece a todos pela colaboração e apoio ao desenvolvimento das atividades e temas tratados durante a visita.

II. PRINCIPAIS TEMAS DISCUTIDOS:

- 1) Durante a oficina os especialistas do Banco e a equipe da SESA debateram os principais temas destacados no PCR do Programa, como os resultados logrados, a implementação de uma robusta rede de serviços e a acreditação de 9 unidades de saúde, juntamente com as diversas capacitações e atividades de fortalecimento institucional que o programa proporcionou, de forma a constituir uma massa crítica de servidores e uma SESA mais preparada para seguir avançando na consolidação da rede.
- 2) As equipes do Banco e da SESA também fizeram importantes reflexões acerca das lições aprendidas, sobre este importante legado, sobre o crescimento da SESA e de suas equipes durante a execução e os desafios que se colocam para seguir sustentando os relevantes logros para o Estado.
- 3) Por último, as equipes refletiram acerca de como endereçar todos os aprendizados para o segundo programa, PROEXMAES II, que iniciará em breve sua execução, sobretudo sobre a necessidade de enfatizar a execução dos temas de conhecimento e qualidade, que serão alavancas importantes para os desafios do SUS nos próximos anos, especialmente no que concerne a eficiência do gasto e reorganização dos serviços (fortalecimento da gestão clínica e gerencial).

Informe de Terminación de Proyecto
Programa de Expansión y Mejora de los Servicios Especializados en Salud en Ceará - PROEXMAES (BR-L1177)

Efectividad en el Desarrollo
Resumen

I. Contribución Estratégica

1. Objetivos de la Estrategia de Desarrollo del BID

Programa de Préstamo	El programa contribuyó con la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: reducción de la pobreza y aumento de la equidad, por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios especializados de salud y la atención materno-infantil.
Metas Regionales de Desarrollo	El programa contribuyó con las siguientes metas regionales de desarrollo del marco de resultados del Banco: (i) reducción de la mortalidad materna; y (ii) reducción de la mortalidad infantil.
Contribución a los Productos del Banco (Tal como se definen en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	El programa contribuyó al producto de personas recibiendo un paquete de servicios de salud y al producto apoyo a gobiernos municipales y subnacionales.

2. Objetivos de Desarrollo de la Estrategia de País

Objetivo Estratégico del País (Matriz de Resultados)	El programa es consistente con la Estrategia del Banco en el País 2012-2014 (GN-2662-1), la cual tiene como objetivos: ampliar la oferta de servicios preventivos de enfermedades crónicas degenerativas, mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios materno-infantil y reducir las inequidades regionales.
---	--

Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (Si no se encuadra en la estrategia de país)

II. Efectividad en el Desarrollo - Criterios Centrales

	Logro Alto	Peso
<i>Calificación promedio</i>	0.84	
1. Efectividad	0.98	40.00%
Logro promedio de resultados atribuibles al proyecto	0.98	60.00%
Logro promedio de productos	0.98	40.00%
2. Eficiencia	0.50	30.00%
3. Relevancia	1.00	20.00%
4. Sostenibilidad	1.00	10.00%

III. Efectividad en el Desarrollo - Criterios No Centrales

Contribución a los Objetivos de Desarrollo del Banco	Satisfactorio
Contribución a los Objetivos de Desarrollo del País	Satisfactorio
Cumplimiento con el Plan de Monitoreo y Evaluación	Satisfactorio
Uso de Sistemas Nacionales	Satisfactorio
Salvaguardas Ambientales y Sociales (implementación de medidas de mitigación)	Satisfactorio

Nota de Efectividad en el Desarrollo

El programa de expansión y mejora de los servicios especializados en salud en Ceará tuvo como objetivo contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población con énfasis en la expansión del acceso y la mejora de la calidad de los servicios especializados de salud, haciendo foco en la integración entre distintos niveles de atención. La mejora se daría a través de un reordenamiento de la red estadual de salud y la integración en la prestación de servicios entre otros. El programa presenta tres componentes: la expansión de los servicios especializados de salud, el fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud Estadual y servicios de generación de capacidades en el gerenciamiento del programa a través de asistencia técnica de gerenciamiento y otros servicios especializados. El PCR del proyecto presenta una lógica vertical del programa claramente establecida. En términos de análisis de atribución, el PCR se apoya principalmente en el desarrollo de la lógica vertical para argumentar la atribución de los resultados a la intervención del proyecto. La atribución se complementa para cada resultado alcanzado a partir de una discusión empírica y teórica en base a la descripción del proyecto y las referencias de la literatura analizando intervenciones similares en el sector salud. El programa alcanza una alta calificación de logro de 0.84 puntos con buenos puntajes en efectividad y relevancia del proyecto en función de la consistencia con la estrategia del país y los propósitos priorizados por el Banco dentro del sector. Se bajan puntos en la performance de eficiencia ya que el PCR no presenta un análisis de costo-beneficio ex-post aunque sí se califica como satisfactorio en términos de los índices de desempeño del programa. La discusión de un análisis de evaluación de impacto en una segunda fase del programa será un insumo útil para la generación de evidencia rigurosa sobre el éxito de esta intervención en el sector salud, específicamente en el contexto de Ceará.