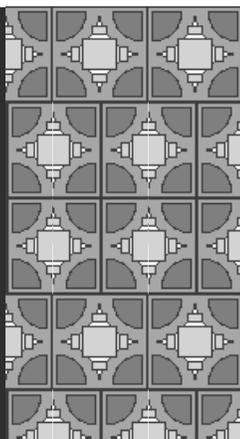


7
Ediciones
Especiales



Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de Planes Maestros de Inversiones en Salud

Washington, D.C.

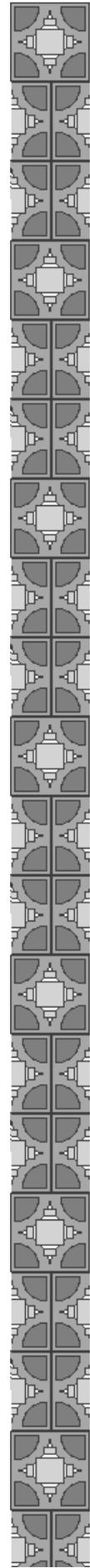
Abril de 2002

Esta publicación fue encargada por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00 y por fondos regulares de la OPS/OMS. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de la OPS/OMS y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

Índice

| | |
|--|------------|
| Agradecimientos | v |
| Introducción | vii |
| Presentación | vii |
| El contexto económico | viii |
| La reforma del sector salud y la inversión | x |
| Capítulo I. Marco conceptual del plan maestro de inversiones en salud | 1 |
| I.1. ¿Qué es el PMIS? | 1 |
| I.2. ¿Para qué sirve el PMIS? | 2 |
| I.3. Los contenidos del PMIS | 4 |
| I.4. Objetivos y alcances de los lineamientos metodológicos | 5 |
| Capítulo II. El proceso de elaboración del PMIS | 7 |
| II.1. Análisis del sector salud | 7 |
| II.2. Lanzamiento del plan maestro de inversiones en salud | 8 |
| II.3. Resumen ejecutivo del análisis del sector salud | 8 |
| II.4. Elaboración de los términos de referencia (TR) | 8 |
| II.5. Los problemas de salud y las estrategias de intervención | 9 |
| II.6. Cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud | 9 |
| II.7. Proceso de negociación | 10 |
| II.8. Ejecución, seguimiento y evaluación | 10 |
| II.9. Realimentación y actualización del ASS | 10 |
| Capítulo III. Bases para la elaboración de la cartera de proyectos del PMIS..... | 13 |
| III.1. El análisis del sector salud | 13 |
| III.2. Los términos de referencia | 14 |
| III.3. Los equipos de trabajo | 16 |
| III.4. Los problemas de salud | 18 |
| III.5. Orientación de las inversiones | 19 |
| Capítulo IV. Preparación de la cartera de perfiles de proyectos para el PMIS..... | 21 |
| IV.1. Definiciones básicas | 21 |
| IV.2. Etapas para elaborar la cartera de perfiles de proyectos | 26 |
| IV.3. Priorización de la cartera de perfiles de proyectos | 33 |
| Capítulo V. Los recursos para la cartera de perfiles de proyectos | 39 |
| V.1. Tipos de recursos | 39 |
| V.2. Fuentes de recursos nacionales | 41 |
| V.3. Fuentes de recursos internacionales | 42 |
| V.4. Criterios de política y estrategias | 45 |



| | |
|---|-----------|
| V.5. Tipos de financiamiento | 46 |
| V.6. Arreglos institucionales | 47 |
| V.7. Proceso de negociación de los recursos del PMIS | 48 |
| Capítulo VI. Seguimiento y administración del PMIS..... | 53 |
| VI.1. Seguimiento del PMIS | 53 |
| VI.2. Evaluación | 56 |
| VI.3. El equipo de manejo del PMIS | 57 |
| Glosario de términos | 59 |
| Bibliografía | 61 |
| Anexo. Lista de participantes en la reunión de Evaluación de Experiencias de Campo en la Utilización de PMIS (Washington, D.C., del 6 al 8 de diciembre de 2000) | 65 |

Agradecimientos

El primer borrador fue preparado por Alberto Infante, Tarina García-Concheso y Hernán Rosenberg. También se utilizaron en la revisión los informes de Tarina García Concheso, Victoria Reyes, Cleofe Molina, Anna Gabriela Ross y Hernán Rosenberg, participantes en la realización de las experiencias piloto.

La presente versión fue preparada por Cleofe Molina y Hernán Rosenberg utilizando los valiosos comentarios de los participantes en una reunión de revisión de las experiencias de campo que se realizó en Washington D.C., en diciembre de 2000. Se incluye la lista de participantes de esta reunión en el anexo.

Introducción

Presentación

El proceso de inversiones en salud en la Región de las Américas requiere un gran esfuerzo en la preparación de carteras de proyectos coherentes con las orientaciones de los países. Ello es particularmente relevante tanto para la negociación con los organismos financieros nacionales y/o externos como para la gestión de dichas carteras. La OPS ha impulsado la realización de Planes Maestros de Inversión en salud (PMIS) desde mediados de los años ochenta y, muy especialmente, desde comienzos de los noventa en el contexto de una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) denominada **Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS)**. Además, desde mediados del decenio de 1990, la necesidad de este tipo de análisis volvió a sentirse en la Región debido a los procesos de reforma sectorial que emprendieron o se plantearon muchos países.

Un PMIS constituye: a) un instrumento de planificación; b) un instrumento de negociación con los posibles financiadores de los proyectos propuestos y, c) un instrumento de gestión de los procesos de inversión en el corto, mediano y largo plazo.

El PMIS forma parte de un conjunto de instrumentos de análisis destinados a fortalecer las capacidades nacionales para la planificación, el seguimiento¹ y la evaluación de las inversiones en salud, así como para la movilización de recursos internos y externos. Estos instrumentos van desde el análisis sectorial (donde, entre otras cosas, se identifican las necesidades de inversión en salud) hasta las técnicas de gestión de los mismos proyectos. Los presentes lineamientos pretenden contribuir a mejorar dicho esfuerzo. Los lineamientos toman en cuenta las prioridades definidas en los países para el sector salud y son consistentes con el marco de la cooperación técnica establecido por los cuerpos directivos de la OPS/OMS.

Como resultado de algunas experiencias previas (por ejemplo, en el estado de Chihuahua, México, y en Cuba) la OPS/OMS preparó y diseminó en diciembre de 1998 el documento borrador "Lineamientos metodológicos para la elaboración de planes maestros de inversiones en salud". Este documento fue preparado en el contexto de la Iniciativa de Reforma de Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC) copatrocinada por la OPS/OMS y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

¹ Aunque el anglicismo "monitoreo" es de uso frecuente en la Región, aquí utilizaremos la palabra "seguimiento" que es la traducción correcta del término.

Según la programación de la Iniciativa, el instrumento debía ser probado en dos países e incorporar las lecciones aprendidas a una versión final la que debería ser difundida posteriormente en los demás países.

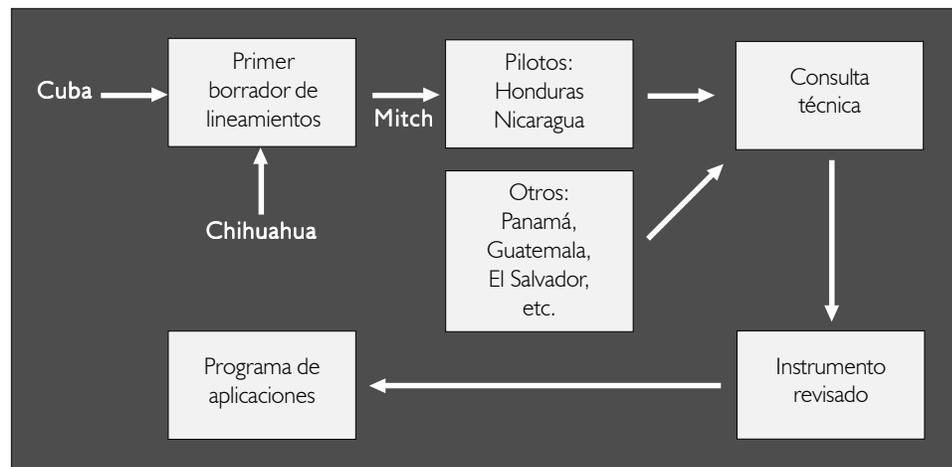
A fines de 1998 el huracán MITCH afectó gravemente la región de Centro América con lo cual se pudo constatar nuevamente la dificultad de producir programas de inversión en salud, incluso en los casos en que existe una oferta importante de recursos. De hecho, durante un tiempo no estuvo claro cuáles deberían ser los proyectos prioritarios más allá de los paliativos de la tragedia misma, y menos aún en que orden deberían ser abordados. Esta situación motivó que los lineamientos se usaran para apoyar la preparación de cartera de proyectos que culminaron en una reunión de donantes en Estocolmo en 1999. Para los propósitos de la RSS ALC, esta experiencia se consideró como prueba de campo del instrumento en Honduras y Nicaragua. Otros países como Belice, Panamá, El Salvador y Guatemala participaron en las capacitaciones y utilizaron el instrumento en la preparación de sus propuestas a distintas fuentes de recursos. Posteriormente, otros países de la Región como Paraguay y Haití han solicitado la realización de ejercicios al respecto.

Honduras produjo una colección de 52 proyectos debidamente ordenados y clasificados por un total de 108 millones de dólares y Nicaragua una colección de 80 proyectos debidamente ordenados y clasificados por un monto de 95 millones de dólares. En ambos países las evaluaciones de los procesos por los participantes fueron altamente favorables.

En noviembre de 2000 se realizó en Washington, DC, EUA una reunión de expertos con participantes de los niveles nacional y regional para analizar estas experiencias. Los resultados de esa reunión se han utilizado para preparar la presente versión de estos lineamientos.

La figura 1 ilustra este proceso así como su relación con las etapas que le siguen.

Figura 1. Proceso de preparación de los lineamientos



El contexto económico

Los países de las Américas gastan una cantidad importante de recursos en salud, la que ha aumentado del 6,8 al 9,9 % del PIB entre 1984 y 1996. Aun así, recién se está volviendo a los niveles del principio de los años ochenta, y la media de valores absolutos de gasto per cápita sigue por debajo de los \$100.

La distribución de ese gasto es muy desigual dentro de la Región. En los países industrializados el porcentaje del PIB destinado a salud aumentó del 10,5 al 14,4 %, en tanto que en el resto de América Latina y el Caribe el cambio fue del 4,2 al 7,2 % entre 1984 y 1996.

No existen datos específicos adecuados sobre la composición del gasto en la Región que permitan diferenciar gastos en inversión y gastos corrientes. Entre los ocho países en los que se han elaborado cuentas nacionales en salud, solo en un país la variable «gasto de capital» excede el 7%, (y se trata de un caso anómalo donde una proporción muy alta del PIB proviene del sector externo). Entre los otros siete países la mediana se encuentra alrededor del 4%.

El impacto de la inversión en salud sobre el nivel de salud de la población es difícil de estimar en el corto plazo. Sin embargo, la epidemia de cólera de 1991, enfermedad considerada eliminada en las Américas, puso en evidencia la magnitud del déficit de inversión en saneamiento y en servicios de salud a consecuencia de los ajustes macroeconómicos de la década de los ochenta. En efecto, entre 1980 y 1997 la cobertura de agua potable aumentó de 79,9% a 87,1% y la cobertura de alcantarillado lo hizo de 43,2% a 70,0%. En el mismo período, la proporción de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años bajó de 21,6% a 8,2%. Aun así, la población sin acceso a servicios de salud (excluida) en América Latina y el Caribe se estima en un 20-25% del total de ALC, o algo más de 100 millones de personas en los albores del siglo XXI.²

La relación entre inversión y desarrollo ha sido estudiada desde la década de 1950. Aunque la inversión no es la única variable que explica el desarrollo, es consistentemente una de las más importantes. Si se utiliza en su acepción más amplia, es decir no sólo como inversión en infraestructura sino también en capital humano, como se propone en este documento, el valor explicativo de la inversión es aún mayor.³

Durante los años noventa los indicadores macroeconómicos de la Región tendieron a mejorar. En el año 2000 continuó la recuperación de las economías de ALC iniciada en el último trimestre de 1998. El producto interno bruto regional aumentó en un 4%, comparado con el 2,3% de 1998 y el 0,3% de 1999. Las proyecciones para 2001 indican un crecimiento del producto regional en torno a 3,8%.

Aunque modesta, la recuperación de la economía hizo replantear las prioridades económicas y, específicamente, de los distintos componentes de las políticas de gasto público. Asimismo, volvió la idea de distribuir apropiadamente los beneficios del crecimiento económico para mejorar las condiciones de vida de la población y hacer la diferencia entre una economía que se desarrolla de una que solo crece, ya que este progreso no fue beneficioso en forma pareja para todas las capas de la población. En efecto, la magnitud de la pobreza en ALC apenas disminuyó de 41% a 39% del total de hogares entre 1990 y 1994. En 1999 el porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza había aumentado a un 50,7%, y el número absoluto de personas en esta situación era de unos 243 millones de personas. Por otra parte, el desempleo se mantuvo cerca del 9% y los salarios reales

²Para una discusión sobre este tema ver Rosenberg, H. y Andersson, B. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe" en Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), OPS, Washington, Julio-Agosto 2000.

³Pinto, M. "Hacia un Nuevo concepto de Inversión en el Sector Salud", PIAS, OPS Washington, 1994. BID Desarrollo Más Allá de la Economía (Informe 2000) y Banco Mundial: Entering the 21 st Century. World Development Report 1999/2000.



aumentaron poco. Las cifras de inflación más recientes consignan un promedio regional de 8,9% en los 12 meses previos a noviembre de 2000.

Además, considerando la definición de inversión como inclusiva del capital humano, se insistió en que el diseño de las políticas económicas debe priorizar el gasto en los sectores sociales. Al mismo tiempo, las instituciones de financiamiento internacionales (IFI), las agencias de cooperación del sistema de Naciones Unidas (incluidas las que tienen mandato explícito de invertir en el sector salud), y los donantes bilaterales, dieron a conocer la disponibilidad de recursos adicionales con este propósito. Estos recursos estaban destinados no solo a los programas tradicionales tales como salud reproductiva y salud materno-infantil sino que también ofrecieron recursos para apoyar la reforma del sector salud (RS).

La reforma del sector salud y la inversión

La RS aparece así con una agenda semi-estructurada, con múltiples actores interesados, con variadas fuentes de financiamiento y con enormes requerimientos de inversión.

Pero aun con la disponibilidad potencial de recursos, el sector salud perdió importancia en la actividad económica de los países de ALC, aún en los casos en que no se experimentaron caídas en los niveles de producción. Las razones fueron su débil capacidad para fundamentar las demandas y la falta de un programa articulado que las definiera de manera sistemática y priorizada.

Una observación frecuente es que cuando se realizan inversiones en salud, éstas no siempre responden a prioridades de inversión establecidas desde el sector. En algunas ocasiones, no existen tales prioridades, y rara vez da el sector la sensación de tener un proyecto a largo plazo en el que las distintas inversiones se sumen hacia una clara mejora global de la salud.

En este contexto, es necesario revisar la política de inversión en el sector salud. En el corto plazo, porque es ineludible ejecutar proyectos de infraestructura física para recuperar la capacidad de producción perdida. En el mediano y largo plazo, porque aparecen nuevos desafíos y oportunidades vinculados a los procesos de modernización y de RS que se están dando en la Región de las Américas.

Precisamente, el diseño de una política de inversiones y la construcción de las alianzas estratégicas necesarias para llevarla a cabo, se configura como uno de los componentes del rol rector de las autoridades de salud que la mayoría de las RS buscan fortalecer. También es necesaria dicha política de inversiones para garantizar la sostenibilidad del proceso de RS. En consecuencia, se abre camino la idea de que los proyectos individuales, imprescindibles para ejecutar adecuadamente los recursos, deben elaborarse teniendo en cuenta marcos referenciales más amplios (del tipo del Plan Maestro de Inversiones en Salud, PMIS) que mejoren la asignación de dichos recursos.

El sector salud necesita fortalecerse para lograr el máximo impacto de las asignaciones de fondos que recibe para adecuar esas asignaciones a distintos tipos de prioridades.

En cada país, las prioridades de inversión están condicionadas por:

- a. Las políticas nacionales.
- b. Las prioridades sanitarias.
- c. Las disponibilidades de recursos nacionales.
- d. Las decisiones de las autoridades políticas.

Externamente las prioridades dependen de los planes de diversos actores:

- a. Las agencias de cooperación técnica internacionales.
- b. Las instituciones financieras internacionales.
- c. Los donantes bilaterales.

Generalmente, los programas tradicionales de adiestramiento en inversión se encuentran, bajo la tutela de instituciones del sector económico y tienden a concentrarse en personal proveniente de otros sectores de la producción o los servicios. Esto tiene el riesgo potencial de que su conocimiento de las especificidades del sector sea insuficiente.

Las razones enunciadas hacen imprescindible que el personal del sector salud adquiera o mejore sus destrezas en el campo de la política de inversiones. Específicamente, se requiere incorporar los criterios generales de cualquier proceso de inversiones, desde la pre-inversión hasta la evaluación de impactos.

En términos generales, el tamaño y la composición de la inversión en salud debe calcularse sobre la base de un estudio de la demanda, la cual depende de:

- a. El perfil epidemiológico.
- b. El modelo de atención.
- c. Las prioridades nacionales en salud.
- d. El inventario de inversiones existentes.

Es importante recordar que el trabajo interdisciplinario posibilita que la detección y priorización de necesidades, la formulación de proyectos, la movilización de recursos y la evaluación de impacto sean más oportunas y eficientes.

Como se mencionó, el concepto de inversión propuesto difiere de la mera inversión física. Aquí se incluye la inversión del sector en su conjunto, más allá de las instituciones prestadoras de atención de salud como por ejemplo, las instituciones que proveen apoyo administrativo y de supervisión, las actividades vinculadas a los sistemas de información, la reorganización institucional y la mejora del capital humano. Un ámbito como éste último suele originar una gama de proyectos más variada y a veces de mayor impacto que cuando los aspectos organizacionales e institucionales no son incluidos.

Ello es indispensable porque el impacto de las inversiones depende en gran medida de las condiciones institucionales y organizacionales en que operan el sector en su conjunto y todos y cada uno de los establecimientos y programas.

De hecho, muchas veces las propuestas de cambio y reforma surgen del análisis de la eficiencia de las inversiones. Además, en el marco de los procesos de RS, las inversiones deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos en términos de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social e intersectorialidad. Y, más en concreto, aumentar el acceso equitativo a servicios básicos de salud de la población sin acceso regular a los mismos.

La elaboración de PMIS es una de las acciones de cooperación técnica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) propone a los Gobiernos Miembros a fin de fortalecer las capacidades nacionales y mejorar cinco ámbitos de trabajo:

- a. Identificación de las necesidades de inversiones en el sector salud.
- b. Formulación, ejecución y evaluación de proyectos de inversión en sistemas y servicios de salud.
- c. Identificación y formalización de las alianzas estratégicas necesarias para ejecutar los proyectos de inversión en salud de carácter intersectorial.

- d. Movilización de recursos internos y externos para este fin.
- e. Apoyo a las políticas de reforma del sector salud (RS).

En algunos países el PMIS es necesario para la movilización de recursos como se menciona arriba, sin embargo, en muchos países la misma ya existe. El problema es que la movilización se logra por contactos personales o institucionales entre autoridades específicas locales, o por que la agenda de los socios externos⁴ se interesa en algunos temas o áreas específicos. Es decir, llegan recursos (no necesariamente externos) al sector, pero no necesariamente a los subsectores o para solucionar los problemas que se han identificado como prioritarios en el sector. El PMIS permite identificar aquellas áreas que habiendo sido declaradas importantes, no tienen intervenciones porque los recursos se “agotan” en otras áreas. En este sentido, el PMIS favorece la priorización de proyectos, un tema difícil en el sector salud.

Una observación común es que las autoridades de salud son “débiles” y que los países se ven “forzados” a aceptar proyectos que no les sirven o no son prioritarios. La experiencia señala que en raras ocasiones se tiene una presentación clara y coherente de las necesidades de inversión a través de un PMIS, lo cual hace menos creíble las presentaciones de las autoridades de salud a los posibles socios tanto locales como externos. La búsqueda de la mejor combinación entre las prioridades de los cooperantes y las de las autoridades de salud es una negociación válida y necesaria. Pero se torna muy difícil cuando no están ni claras ni explícitas las prioridades de la autoridad.

En resumen, un PMIS es un instrumento que genera un proceso de planificación que permite tener una visión estructurada a corto y mediano plazo sobre las necesidades de inversión prioritarias en el sector salud de un país, un estado o una provincia. También sobre su relación con las iniciativas de desarrollo del sistema de servicios de salud, incluida la RS. Con este plan se busca superar la fragmentación ocasionada por la planificación aislada de proyectos así como alentar la elaboración de esquemas integrados de inversión, incluso más allá del propio sector salud (componente intersectorial).

El presente documento consta de una introducción, siete capítulos, un glosario de términos, la bibliografía y anexos. En el primer capítulo se describe el marco conceptual del PMIS, en el segundo se propone el proceso y la secuencia lógica de etapas. En el tercer capítulo se desarrollan las bases para la elaboración del PMIS. El cuarto capítulo comprende la preparación de la cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud, en el quinto se establecen las bases para la negociación y movilización de recursos para financiar la cartera de proyectos. En el sexto capítulo se introducen las bases del modelo de gestión y seguimiento del PMIS. Luego se presenta el glosario de los términos usados más frecuentemente, la bibliografía y se incluyen los anexos. En los capítulos operacionales (II al VI) se incluye un recuadro con preguntas orientadoras para facilitar a los equipos el asegurar que se han cumplido las etapas necesarias para la elaboración del PMIS. Estas preguntas o sus respuestas no constituyen una parte integral del PMIS sino que se espera sirvan de guía a los equipos encargados y faciliten su gestión.

⁴Según se especifica en el Capítulo VI, los socios cooperantes pueden hacerlo tanto en términos financieros (es decir transferencia de dinero) como no financieros. A menos que se indique lo contrario en el texto se debe entender que se trata de un socio que puede colaborar con cualquier tipo de recursos.

Capítulo I. Marco conceptual del plan maestro de inversiones en salud

Este capítulo entregará el concepto operacional del “Plan maestro de inversiones en salud”, su ámbito de aplicación, sus diversos usos, su contenido y los objetivos y alcances de los lineamientos metodológicos para elaborar los PMIS.

1.1. ¿Qué es el PMIS?

El PMIS es un proceso de carácter político y técnico que orienta el desarrollo del sector salud en un ámbito político-administrativo definido, ya sea nacional (país), o subnacional (institucional —ministerio de salud— o geográfico —región, departamento, provincia, estado o municipio—).⁵ El PMIS revisa el contexto político, económico, social y sanitario, identifica los problemas de salud, resume las estrategias y las acciones para afrontarlos, y formula una cartera de perfiles de proyectos de inversión para prevenirlos, resolverlos o mitigarlos.

En el proceso de formulación de un PMIS, resulta indispensable considerar dos grandes grupos de factores. Un primer grupo se refiere a los factores que se desarrollan de forma externa al sector pero que afectan a su desempeño, el segundo abarca a los factores propios del funcionamiento del sector.

En el grupo de factores externos destacan los aspectos macroeconómicos, las políticas públicas, el ciclo de planificación nacional (o subnacional, según sea el caso), la evolución y composición de las inversiones públicas, y las características de los diversos actores implicados en los procesos de inversión. Especial relevancia tiene tanto el sistema nacional de inversiones públicas como las relaciones que se establecen entre el sector salud y las fuentes de financiamiento, sean estas nacionales o internacionales.

Entre los factores propios del sector, destacan los elementos relevantes del contexto político, económico y social, las prioridades sanitarias nacionales, los aspectos demográficos y epidemiológicos, los del ejercicio de las funciones esenciales de salud pública que competen a las autoridades de salud, los de organización del sistema de servicios de salud, los de financiamiento y gasto sectorial y la oferta y demanda de servicios. Asimismo, destacan por su importancia para la provisión de servicios, las relaciones interinstitucionales y la eficacia, eficiencia y efectividad lograda en la articulación de los componentes de la red asistencial.

⁵Aunque el documento se referirá genéricamente a las “autoridades de salud” se debe entender las mismas como la suma de las autoridades del nivel central o federal y las del subnacional respectivo cuando sea el caso.



Aunque no siempre ocurre de ese modo, la elaboración del PMIS puede concebirse como uno de los derivados lógicos de un ejercicio de análisis del sector salud (ASS) y, en consecuencia, formularse después de aquél. Así, la mayor parte de los temas enunciados y contenidos del PMIS, habrán sido previamente aclarados y bastará con resumirlos de modo operativo. Es importante destacar, no obstante, que el ASS resulta en recomendaciones que pueden ser o no de inversión. Por ejemplo, la revisión del modelo de atención materno infantil puede ser una recomendación que no constituye inversión en el contexto de este documento. Aunque no es indispensable, la elaboración del PMIS se facilita considerablemente si existe un ASS y, más aún, si éste diferencia sus recomendaciones relacionadas con inversión.

No obstante lo anterior, el PMIS puede plantearse sin haber sido precedido por un ejercicio expreso de ASS. En ese caso, se recopilará información relevante, la que puede corregirse por el juicio de expertos entrevistados para construir un "análisis rápido del sector salud".

1.2. *¿Para qué sirve el PMIS?*

El PMIS es un instrumento útil para los tomadores de decisiones y los formadores de opinión. Constituye un proceso que refuerza la capacidad rectora de la autoridad sanitaria al nivel deseado y responde a diversos tipos de requerimientos tanto de la entidad que lo realiza como de los otros participantes sectoriales.

Sirve para planificar. El PMIS sirve de marco ordenador de los proyectos de inversión en todas sus fases. Utiliza las orientaciones estratégicas y las políticas del sector, incluidas las de los programas de RS.

La situación óptima sería que el PMIS se constituya en un instrumento en el contexto de un sistema nacional de inversiones que posea requisitos de ingreso, una ficha nacional de proyectos, un banco integrado de proyectos, y que posea criterios de evaluación para los indicadores de seguimiento, de resultado y de impacto.

En este sentido, el PMIS debe ser coherente con los planes nacionales de desarrollo, con las políticas sectoriales de salud, y con la reforma del sector salud cuando corresponda. Debe contener perfiles de proyectos consistentes con las metodologías establecidas para la formulación de las inversiones sociales en el ámbito político y administrativo correspondiente y debe priorizar los perfiles de acuerdo a criterios previamente establecidos y explicitados.

Sirve para negociar. Con el PMIS la autoridad sanitaria dispone de un instrumento para negociar en mejores términos con los potenciales proveedores de recursos, sean la autoridad económica nacional, las agencias de cooperación, los donantes y/o las instituciones financieras internacionales. Su utilidad se basa en la coherencia y en la consistencia que el PMIS tiene con las prioridades del sector y con las políticas nacionales. Por otra parte, la participación de otros sectores en su elaboración, por otra parte, asegura que dicha consistencia ya está interiorizada en dichos sectores previo a los procesos de negociación

Para cumplir como instrumento de negociación, el proceso de elaboración del PMIS debe tomar en cuenta los criterios generales que aplican para concederlos. Asimismo, debe fortalecer las capacidades de negociación, tanto de las autoridades sanitarias como de las instituciones que participaron en su elaboración. En este punto, el compromiso de los actores nacionales, sectoriales y no sectoriales es vital, como también lo es la participación de las agencias de cooperación internacionales.

Sirve para gestionar. Las autoridades sanitarias disponen de un instrumento para programar y seguir de manera sistemática el estado de los proyectos, en el corto, mediano y largo plazos. Así, es posible organizar un banco de proyectos de carácter modular y flexible, capaz de adaptarse a cada etapa del proceso de planificación y/o de RS vigente en el país.

Para cumplir como instrumento de gestión, el PMIS debe incorporar los criterios de admisión de los perfiles en la cartera y, entre ellos, considerar la capacidad real de operación de los solicitantes y la sostenibilidad financiera de las inversiones propuestas. Debe incluir una propuesta de cronograma de desarrollo de las inversiones, así como los criterios de evaluación del resultado e impacto de cada proyecto. También, debe incluir los procedimientos de revisión periódica del contenido de la cartera en el horizonte de vida del PMIS.

Sirve para seguir y evaluar los planes de inversiones en salud. La autoridad sanitaria dispone con el PMIS de un instrumento para formular, seguir y evaluar el **proceso** de inversiones del sector.⁶ También le sirve para validar sus relaciones con el sistema nacional de inversiones, si éste existe.

Para cumplir este rol, el PMIS debe elaborarse en forma participativa. Debe involucrar a los principales actores nacionales y construir consensos en torno al conjunto de indicadores de proceso, de resultado y de impacto utilizables para seguir y evaluar su estado de desarrollo.

Sirve para fortalecer la capacidad institucional de las autoridades de salud. La autoridad sectorial capaz de ejercer su rol rector en forma eficaz requiere legitimarse al interior de las instituciones del sector y también en el ámbito intersectorial. Ello es posible en la medida que el sector salud responda a las necesidades de la población y que sus propuestas de inversiones tengan bases sólidas.

La elaboración del PMIS contribuye en la medida que involucra a los dirigentes políticos y técnicos del sector salud, a las autoridades interinstitucionales e intersectoriales y a actores de la sociedad. Las experiencias analizadas en la preparación de este documento indican que esta consideración fue una de las más apreciadas por los participantes y por las autoridades de salud.

Sirve para abrir las comunicaciones institucionales, interinstitucionales e intersectoriales. El PMIS facilita las comunicaciones entre los diversos actores involucrados en el proceso de elaboración. Esto es independiente del nivel en el que se elabore el PMIS. Desde un limitado alcance intrainstitucional hasta un vasto alcance intersectorial. En cualquiera de estos casos, tiene un importante efecto tanto en la apertura de las comunicaciones como en el conocimiento que logran entre sí los diversos equipos humanos involucrados.

Para cumplir con este objetivo, la elaboración del PMIS debe contemplar dos requisitos fundamentales. El primero es la explicitación de las políticas nacionales y sectoriales vigentes y la discusión y consenso acerca del sector salud y de sus principales problemas. Asimismo, debe involucrar a todos los actores interesados en un ejercicio de ordenamiento y priorización de los problemas de salud, en la identificación de las estrategias y acciones posibles y en la elaboración de la cartera de perfiles de proyectos de inversión.

⁶Los proyectos propiamente tales también deben ser sometidos a procesos de evaluación en sus distintas etapas, tema que será mencionado nuevamente en el capítulo 7, y desarrollado en profundidad en el Manual de Proyectos de Inversión, otro documento de esta iniciativa.

1.3. Los contenidos del PMIS

Se espera que el documento del PMIS esté formado por el resumen ejecutivo del análisis del sector salud (si éste existe) o por un documento equivalente, por una matriz de problemas de salud, por las estrategias de intervención y, por una cartera de perfiles de proyectos de inversión, debidamente priorizados.

El resumen ejecutivo del "análisis del sector salud" (ASS). Contiene la información más importante acerca del sector. Analiza el contexto político, económico, social demográfico y epidemiológico. Describe la organización y el funcionamiento del mismo. Identifica a los actores, sus ámbitos de acción y sus políticas. Muestra las características de la infraestructura, de los recursos humanos y de los recursos tecnológicos. Caracteriza el componente financiero y los gastos sectoriales actuales y sus tendencias. Contiene una reseña de la oferta y la demanda efectiva de servicios. Muestra el sistema nacional de prevención y mitigación de desastres y describe la cooperación externa que el sector recibe.

La matriz de problemas de salud. Suele elaborarse al final del ejercicio de ASS. Su objetivo es identificar los principales problemas de salud y diagnosticar sus causas. De esta manera, al ordenarlos en forma lógica y coherente, se puede establecer la cadena de factores causales, condicionantes y predisponentes que son responsables de dichos problemas. Es deseable que sea producto de un ejercicio colectivo para de ese modo transformarla en una herramienta orientadora para los tomadores de decisiones en todos los niveles.

Las estrategias de intervención y las ideas de proyectos. A partir de los problemas de salud es posible proponer estrategias de solución y sugerir acciones y/o modalidades de implementación orientadas a dar solución a dichos problemas.

Las estrategias y las acciones a desarrollar deben presentarse en forma lógica y coherente, vinculando las estrategias a los problemas y las acciones a las estrategias.

De esta forma, se establece una cadena de factores interrelacionados, donde se parte de una estrategia específica, que a su vez comprende una serie de acciones diseñadas con un propósito concreto, las cuales a su vez, dan respuesta a un problema o conjunto de problemas previamente identificados. Una estrategia puede servir para afrontar a más de un problema y una acción puede corresponder a más de una estrategia. Las estrategias se traducen en intervenciones a través de los proyectos, los cuales comienzan como una idea que se va plasmando mediante sucesivas revisiones en un documento de identificación que describe a grandes rasgos el proyecto y sus costos. Esto se va refinando en sucesivos documentos que culminan en un **perfil de proyecto**. Una vez ubicada la fuente de recursos se elabora un **documento de proyecto**, que incluye las observaciones de las distintas partes y se constituye en el acuerdo legal entre las partes. Obviamente, cada iteración de la documentación lleva asociada costos tanto financieros como humanos, y es muy importante establecer cuánto se quiere invertir en la preparación de proyectos aún antes de tener claro que existan recursos para su implementación. A los efectos del PMIS es suficiente llegar al nivel de perfil, cuyo detalle se describe más adelante.

La cartera de perfiles de proyectos de inversión. Es un conjunto organizado, priorizado y validado de propuestas de inversión formuladas a nivel de perfil de proyecto. Los perfiles expresan un conjunto de acciones consistentes con la matriz de problemas prioritarios y sus estrategias recomendadas. Dada su naturaleza, suelen requerir de recursos adicionales a los existentes para lograr sus objetivos, aunque esta no es una condición imprescindible. A veces se ha identificado a la cartera de perfiles con el PMIS. La cartera es un elemento del PMIS, pero este último es un documento elaborado por un proceso participativo como el descrito más arriba del cual la cartera es sólo un componente.

Cada perfil de proyecto es diseñado por los equipos técnicos responsables acompañados por la asesoría nacional e internacional necesarias. Además de ser consistentes con los problemas de salud y las estrategias y acciones acordadas, deben ser coherentes tanto con el sistema nacional de inversiones (si éste existe) como con los formatos de perfiles en uso por otros sectores, principalmente en otros sectores sociales y en las áreas de planificación y/o finanzas.

1.4. Objetivos y alcances de los lineamientos metodológicos

Se espera que estos “lineamientos metodológicos para elaborar los PMIS” cumplan con los siguientes objetivos:

Facilitar la elaboración de los PMIS. El personal técnico de los países, especialmente de los niveles centrales (ministerios de salud), podrá elaborar mejores PMIS con procedimientos y formatos estandarizados y comparables. La realización del PMIS en los niveles nacional o subnacional (provincia, región o estado dentro de un país) entrega una visión más coherente de la estrategia nacional de desarrollo del sector.

Mejorar la capacidad negociadora de las autoridades de salud. Uno de los productos del PMIS es la mejor identificación de los requerimientos de inversión y su ordenamiento en una cartera priorizada, con lo cual se espera contribuya a fortalecer las capacidades nacionales para identificar a los potenciales proveedores de recursos, nacionales o internacionales y negociar con ellos.

El PMIS aporta una visión más integrada del sector y, al mismo tiempo, reconoce y destaca las tendencias de su desarrollo. Esto lo hace más presentable ante las fuentes de financiamiento nacionales y facilita la interacción con las fuentes externas.

Al realizarse el PMIS sobre la base de las prioridades sectoriales, contribuye a que sean éstas las que efectivamente se consideren en la asignación final de recursos. En su ausencia, o ante la falta de decisión sectorial, las prioridades pueden emanar de otros sectores o socios.

El PMIS, al ser elaborado en forma participativa, contextualiza las aspiraciones de los grupos internos consumidores de recursos, y por lo tanto, integra mejor la importancia relativa de cada uno de los perfiles de proyectos.

Fortalecer la capacidad institucional. Se espera que los lineamientos contribuyan a fortalecer las capacidades nacionales y/o subnacionales para la identificación, formulación, implementación y seguimiento de las inversiones sectoriales así como para poder priorizar sus necesidades.

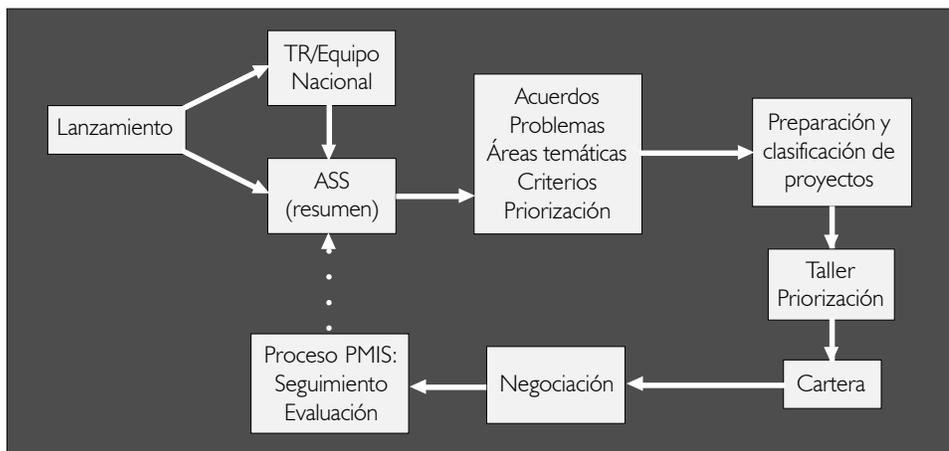
Capítulo II. El proceso de elaboración del PMIS

En este capítulo se enumeran las etapas principales para elaborar el PMIS, siguiendo una secuencia lógica a partir de la información disponible. Algunas etapas podrán darse en forma simultánea o incluso en un orden diferente, o agruparse de diferente forma, pero se recomienda no eliminar etapas. La figura siguiente puede usarse como base para seguir este proceso.

II.1. Análisis del sector salud

Contiene la información sistematizada más relevante acerca del sector. Es el punto de partida para describir los principales problemas y para identificar las estrategias de intervención. Puede ser el resultado de un proceso formal como el descrito en los lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud (ASS). Puede también ser el resultado de un análisis rápido del sector salud, producto de la revisión sistemática de documentos oficiales, corregidos por entrevistas a actores relevantes u otro instrumento como un SWAP⁷. En este sentido el PMIS es parte de un continuo de instrumentos y procesos, como se señala en la figura siguiente.

Figura 2. El proceso PMIS



⁷SWAP. Siglas en Inglés de una modalidad de análisis sectorial en el que se busca lograr el consenso explícito entre los cooperantes (incluyendo los organismos internacionales) y el país interesado, sobre la complementariedad entre la cooperación técnica internacional y la direccionalidad que el país desea para el sector en consideración.

11.2. Lanzamiento del plan maestro de inversiones en salud

Explicitar la voluntad política para elaborar el PMIS es un pre-requisito para asegurar su viabilidad, principalmente considerando la necesidad de colaboración de muchos y diversos actores. Para ello, se requiere incorporar la idea de elaborar el PMIS en el debate público, involucrando al sector salud, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a otros participantes. Se destaca aquí la conveniencia de realizar un “lanzamiento” del proceso de elaboración del PMIS en una ceremonia formal, en presencia de las más altas autoridades, en la que se debe explicitar las políticas vigentes y distribuir los documentos básicos en forma amplia.

11.3. Resumen ejecutivo del análisis del sector salud

El resumen del ASS (o documento equivalente) debe contemplar el contexto político, económico, social, demográficos y epidemiológico y resumir sus principales conclusiones. Para ello debe:

- ♦ identificar la demanda de prestaciones y la provisión de servicios;
- ♦ identificar a los actores principales;
- ♦ describir los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos y otras tecnologías;
- ♦ entregar la información relevante acerca del financiamiento del aseguramiento en salud y de la provisión de los servicios de salud;
- ♦ describir la vulnerabilidad y preparación para prevenir y mitigar desastres;
- ♦ analizar la cooperación externa que el sector recibe y,
- ♦ proponer las áreas de inversión necesarias para el sector a fin de remediar sus problemas.

Conviene recordar aquí que el objetivo del ASS es identificar los problemas de salud y diagnosticar sus causas.

11.4. Elaboración de los términos de referencia (TR)

Los TR definen el propósito del trabajo, su alcance, la composición del equipo de trabajo, las funciones de los miembros, el presupuesto y el cronograma de elaboración del PMIS.

Los TR requieren de un acertado juicio acerca de la realidad nacional, de la verdadera capacidad de conducción del sector por parte de la autoridad sanitaria y de los objetivos precisos a conseguir. En forma especial, deben identificar en forma correcta y oportuna a las contrapartes nacionales que se involucrarán en el proceso político y técnico.

En algunos países los TR han incluido la revisión de los puntos arriba mencionados relacionados con el ASS o su equivalente. En otros, ambos procesos han caminado en paralelo aunque no totalmente separados.

11.5. Los problemas de salud y las estrategias de intervención

Al ordenar el ASS en forma lógica y coherente los problemas de salud, permite también establecer la cadena de factores causales y sus posibles estrategias de intervención. El análisis sistemático de los programas de salud permite identificar tanto los vacíos de cobertura como la duplicación de esfuerzos. Asimismo, el análisis sistemático identifica la ineficacia, la ineficiencia y la ineffectividad derivadas de la asignación y uso de los recursos. Por otro lado, las estrategias de intervención pueden posteriormente ser desarrolladas en proyectos de inversión.

Es interesante como ejemplo práctico, la experiencia de Nicaragua. En primer lugar se sumaron las urgencias derivadas del Huracán Mitch (fines de 1998) y se elaboró un plan de emergencia concebido para el corto plazo y entregado a principios del tercer trimestre de 1999. En paralelo, se inició la discusión de los términos de referencia y se constituyó el equipo de trabajo institucional para elaborar un Plan de Inversiones del Ministerio de Salud (PIMINSA) concebido para el mediano plazo, basado en un análisis rápido del sector salud y entregado a fines de 1999. Finalmente, se inició el proceso para elaborar en forma intersectorial el análisis del sector salud, proceso terminado a fines del primer trimestre de 2000.

11.6. Cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud

Es un conjunto organizado, priorizado y validado de propuestas de inversión formuladas a nivel de perfiles de proyectos.

Como en toda operación de inversión, una decisión difícil de tomar es cuántos recursos se deben utilizar en profundizar el desarrollo de los proyectos. Un desarrollo con mucho detalle puede significar un derroche de recursos si no se obtiene financiamiento para el proyecto. Por otro lado, presentar ideas demasiado generales hacen menos atractivos los proyectos a los posibles socios cooperantes. Por lo tanto, es importante, aclarar que el perfil de proyecto corresponde a una etapa más elaborada que la de una simple identificación, ya que incluye costos, tiempos e indicadores de impacto. Pero es menos elaborado que el documento de proyecto que finalmente se acuerde con los socios. El perfil se resume en una ficha de proyecto que se describe más adelante.

El perfil es diseñado por los responsables institucionales políticos y técnicos del tema, acompañados por la asesoría nacional e internacional necesarias. Éste debe ser consistente con los problemas de salud y las estrategias y acciones acordadas, con el sistema nacional de inversiones y con los formatos de perfiles en uso. En su caso, se puede promover y acordar sus modificaciones.

Esta fase requiere de discusiones amplias y acuerdos acerca de la calidad mínima de los perfiles de proyectos, de su evaluación ex-ante y, en especial, acerca de los criterios de evaluación.

La cartera también requiere formalizar las relaciones con el sistema nacional de inversiones, a fin de que sea incluida en el banco nacional de proyectos que puede ser organizado por sectores, por factores de producción, por costo, o por niveles de la organización del Estado. Naturalmente, la cartera del PMIS constituye el banco sectorial de proyectos de salud.

II.7. Proceso de negociación

Es un conjunto de actividades que buscan la cooperación técnica y financiera necesaria para ejecutar la cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud. Esta etapa comienza una vez se ha concluido la elaboración de la cartera.

Es necesario conocer los contenidos y las restricciones políticas, técnicas y financieras del proceso de negociación. Interesa definir el componente financiero nacional, tanto intra institucional como inter-institucional e intersectorial y el componente de cooperación externa.

Esta fase requiere de equipos humanos de trabajo capacitados en técnicas de negociación, con experiencia y con conocimiento de las restricciones propias de los países y de los requisitos de elegibilidad de las fuentes de financiamiento.

II.8. Ejecución, seguimiento y evaluación

Esta etapa es crítica para lograr los objetivos del PMIS. Es imprescindible acordar los indicadores de proceso, resultado e impactos, en el contexto de las evaluaciones ex-ante, durante y ex-post del PMIS, adicionalmente a los procesos de evaluación de los proyectos mismos que son de responsabilidad de sus propios gerentes. Para los proyectos son importantes los indicadores de proceso para corregir errores en la elaboración y los indicadores de impacto para asegurar la eficacia, eficiencia y efectividad de cada uno. Para el PMIS puede ser más importante evaluar el nivel de movilización de recursos de inversión, el avance hacia los grandes resultados buscados por el ASS, la eficiencia de la organización adosada al PMIS en su manejo y otros temas afines.

II.9. Realimentación y actualización del ASS

La evaluación completa del PMIS es un insumo muy importante para redireccionar el proceso de inversiones y, simultáneamente, poner al día el ASS. El análisis de la demanda de proyectos puede ser una guía para la preparación de proyectos futuros, tanto en el sentido de los temas a los que atrae interés como por aquellos a los que no atrae por omisión.

El PMIS no es estático. A medida que los proyectos salen de la cartera, ya sea por que están siendo implementados o porque su prioridad ha disminuido, es posible tener agregar nuevos proyectos. Una vez finalizado el periodo de duración del PMIS (generalmente 4-5 años) es recomendable comenzar el proceso nuevamente, o al menos revisar si las prioridades y orientaciones del ASS siguen siendo válidas. Naturalmente la elaboración de un nuevo ASS debería inducir un proceso de ajuste al menos del PMIS.

Preguntas orientadoras - Capítulo II

- 1) ¿Se acordaron las etapas para formular un proyecto de inversión?
- 2) ¿Se acordaron los contenidos del “análisis del sector salud” o del “análisis rápido del sector salud” sobre los cuáles se organizará el PMIS?
- 3) ¿Fue explicitado el marco de la “Política de salud” vigente para elaborar el PMIS?
- 4) ¿Fueron incorporados los principales actores que deben involucrarse en el ASS (o su equivalente)?
- 5) ¿Fueron acordados los “capítulos” y los contenidos del resumen del ASS (o su equivalente)?
- 6) ¿Fueron analizados los programas de salud en ejecución?
- 7) ¿Fue acordado el marco conceptual de la cartera de perfiles de proyectos de inversión, quién los elaborará y los requisitos que deben cumplir?
- 8) ¿Existen un “Sistema de inversiones del sector salud” y/o un “Sistema nacional de inversiones? ¿Cómo se relacionan entre ellos?
- 9) ¿Fueron aclaradas las restricciones del proceso de negociación?
- 10) ¿Cumple el equipo de negociación con los requisitos definidos de formación y experiencia?
- 11) ¿Fueron discutidos y acordados los tipos de indicadores para ejecutar, hacer seguimiento y evaluar los proyectos?
- 12) ¿Fueron acordados los términos de referencia para la evaluación del PMIS?

Capítulo III. Bases para la elaboración de la cartera de proyectos del PMIS

Este capítulo considera con más detalle los cinco componentes básicos para construir la “cartera de perfiles de proyectos de inversión”.

III.1. El análisis del sector salud

El ASS es un estudio (o conjunto de estudios) acerca de la situación del sector salud, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos tomando en cuenta su contexto histórico, político, económico y cultural.⁸

Operativamente el “sector salud” se define como el conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales son promover la salud de individuos o grupos, prevenir y controlar las enfermedades, y rehabilitar, investigar y capacitar en estos campos. Salvo que en virtud de la situación concreta del país se establezca otra cosa, no se incluye el tema de salud del ambiente.

Objetivos generales del ASS. El ASS describe la situación de salud y analiza las tendencias, identifica problemas de salud y diagnostica causas, sugiere estudios para profundizar el análisis, contribuye al diseño de políticas, propone estrategias de solución y sugiere modalidades de implementación. A partir de él, es posible identificar y agrupar los problemas de salud. El resumen ejecutivo (del ASS) tiene la información relevante y actualizada del sector salud. Es necesario repetir que algunas de las recomendaciones del ASS se refieren a inversiones. Sin embargo el ASS bien puede, y generalmente lo hace, proponer intervenciones que no son inversiones, como es el caso de la revisión del modelo de atención primaria.

¿Es el ASS necesario para la elaboración del PMIS? La elaboración del PMIS puede darse a raíz del ASS y en ese caso su resumen ejecutivo probablemente brindará la información necesaria para elaborar la primera parte del marco de referencia del PMIS. En otros casos, y ante la ausencia de un ASS sistemático, el equipo de trabajo deberá producir un informe rápido, el que puede lograrse con la documentación recolectada y con entrevistas a expertos claves del sector.

Conviene recordar que a requerimiento de los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera (OPS, PNUD, BID y BM) la mayoría de los países de ALC disponen de varios informes acerca del sector salud, los cuales incluyen información relevante, pero pueden no estar coordinados o no ser coherentes entre sí. En algunos casos

⁸Los “Lineamientos metodológicos para el ASS” corresponden a otra publicación de esta serie en la que detallan las etapas y procesos para este instrumento.



dichos informes han sido publicados por los organismos solicitantes. La mayoría pueden encontrarse en los ministerios de salud y/o secretarías de la presidencia y departamentos gubernamentales encargados de la planificación del desarrollo. Asimismo, puede consultarse como fuente el capítulo de país de la publicación “Condiciones de salud en las Américas” que la OPS publica cada cuatro años, o el “Perfil de los sistemas y servicios de salud” del país en la página electrónica de la Iniciativa de Reforma (<http://health-sector-reform.org>)

Como parte de sus términos de referencia, el equipo de trabajo recopilará y analizará la información del resumen del ASS (o documento equivalente) y elaborará su propio documento.

Sea cual fuere el origen, el PMIS requiere del **resumen del ASS** (o documento equivalente), el que debe contemplar las siguientes áreas temáticas:

- ♦ Contexto político, económico y social en que se encuentra inmerso el sector.
- ♦ Evolución de los patrones demográficos y epidemiológicos.
- ♦ Demanda de los sistemas y servicios de salud.
- ♦ Descripción global del sector salud y la identificación de los actores principales, institucionales y no institucionales, públicos y privados, y sus políticas y ámbitos de acción.
- ♦ Funciones esenciales de salud pública
- ♦ Recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos y otras tecnologías.
- ♦ Financiamiento, aseguramiento y gasto sectorial.
- ♦ Provisión de servicios por niveles de atención.
- ♦ Vulnerabilidad y preparación para prevenir y mitigar desastres.
- ♦ La cooperación externa que el sector recibe.

III.2. Los términos de referencia

Los términos de referencia (TR) definen el propósito del trabajo, su alcance, la composición del equipo de trabajo, las funciones de los miembros, el presupuesto y el cronograma de elaboración del PMIS.

Los TR requieren de un acertado juicio acerca de la realidad nacional, de la verdadera capacidad de conducción del sector por parte de la autoridad sanitaria y de los objetivos precisos a conseguir.

Para definir los términos de referencia, es necesario considerar:

El marco político. El marco político en el que se desarrolla el PMIS requiere ser explicitado. Esto permitirá dejar establecidas las orientaciones que guían el desarrollo del sector salud, su inserción en las políticas sociales y los objetivos que se ha fijado el propio ministerio de salud. Adicionalmente, se pretende que los principales actores políticos, técnicos y sociales se sientan dueños de dicho marco y lo usen para la formulación de planes, programas y proyectos. Por lo tanto, los TR deben considerar el tiempo necesario para explicitar y consensuar las políticas nacionales vigentes.

Las relaciones con la cooperación externa. Este tema es de especial relevancia en países que dependen principalmente del financiamiento externo.

En algunos países las intervenciones sanitarias son influidas por los agentes externos, privilegiando a sus propios objetivos, los que no necesariamente coinciden con las prioridades

de los países. La experiencia indica que cuando existe un PMIS casi siempre es posible conciliar las posiciones de las partes, pero si no se logra esa conciliación se pueden generar:

- ♦ Duplicaciones entre los proyectos financiados por los donantes y las IFIs.
- ♦ Diferencias técnicas y políticas entre las agencias de cooperación técnica.
- ♦ Gastos recurrentes no deseados por los países.

Esta situación es fácil de prever, difícil de prevenir y compleja de resolver.

La capacidad de conducción sectorial. Este es un tema muy sensible. Cada país debe evaluar la capacidad del sector salud para interactuar con los otros sectores o incluso para orientar al propio sector salud.

Tomando esto en consideración, los TR deben contemplar el tiempo necesario para fortalecer al componente institucional como paso simultáneo o previo para iniciar la formulación del PMIS. Una alternativa es limitar inicialmente el alcance del PMIS a componentes institucionales más restringidos como se hizo en Nicaragua. Esto se hizo mediante un Plan Maestro de Inversiones del **Ministerio de Salud** (PIMIINSA) de alcance menor que el sectorial nacional, o como en Honduras, en que se limitó al nivel central de dicha institución. En ambos casos se consideró que el refuerzo institucional iba a ser de largo plazo y se necesitaban definir al menos las inversiones institucionales.

La información mínima imprescindible. Los países en general disponen de información para elaborar el PMIS aunque la misma no suele formar parte de los sistemas nacionales de información, por lo tanto, no suelen ser periódicas y oportunas.

Con todo, los lineamientos metodológicos para elaborar el ASS, los PMIS, las cuentas nacionales en salud (CNS), los documentos nacionales sobre políticas sociales, económicas, sanitarias y de reforma del sector, los documentos de censos nacionales y de encuestas de hogares, y los estudios de situación de salud y de vigilancia epidemiológica están disponibles en la mayoría de los países.

El nuevo enfoque de las inversiones en salud. El nuevo enfoque reconoce que en el corto y mediano plazo es ineludible tanto ejecutar proyectos de infraestructura como otros relacionados a los procesos de reforma y modernización del sector salud.

Su desarrollo debe contemplar:

- ♦ Los programas de salud sobre las personas y, a veces, sobre el ambiente.
- ♦ Los factores de producción de servicios de salud tales como los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento, los medicamentos y las formas de organizarlos.
- ♦ Las funciones de regulación, financiamiento, provisión y evaluación.
- ♦ La intersectorialidad (educación, ambiente y regulación laboral).
- ♦ La participación y control sociales.

La coordinación de las inversiones. Los TR deben considerar que los proyectos en ejecución y en negociación de financiamiento deben continuar su proceso dados los tiempos de diseño y de negociación de un proyecto y los compromisos adquiridos. La situación de múltiples fuentes de financiamiento (agencias de cooperación técnica, instituciones financieras internacionales, donantes y fuentes nacionales) con proyectos de inversión desarrollados y en distintas etapas de ejecución, requiere de contrapartes nacionales muy fuertes. En especial, es necesario fortalecer a la autoridad nacional de salud para que ejerza su papel rector y a la autoridad nacional de planificación para que ejerza la coordinación de inversiones, más adelante se analiza este requisito en detalle. Asimismo, los TR deben considerar las relaciones del PMIS con el sistema nacional de inversiones, relación que debe incluir la

homologación de instrumentos, formularios, procedimientos y criterios de evaluación de procesos, resultados e impacto. Al mismo tiempo, se debe establecer el diálogo necesario para que la cartera de proyectos sea incorporada a la cartera nacional.

Alcance temporal del PMIS. Esta definición dependerá de la urgencia en desarrollar un PMIS, de la capacidad rectora de la autoridad nacional, del peso relativo del componente institucional e intersectorial y de la calidad del sistema nacional de inversiones. Los TR deben definir el carácter de mediano (4 a 5 años) o largo plazo (hasta 10 años) que tendrá el PMIS.

Sin ánimo de resultar exhaustivos, los TR deben responder con precisión, como mínimo, a las siguientes preguntas:

| Preguntas orientadoras - Capítulo III.2 | |
|--|--|
| ¿Quién? | Encarga Elabora Usará |
| ¿Qué contiene? | Resumen del análisis sectorial o equivalente Matriz de estrategias y problemas prioritarios Cartera de perfiles de proyectos |
| ¿Para qué? | Formular, seguir y evaluar las inversiones en salud Generar mayor flujo de recursos internos y externos para el sector Desarrollar la capacidad de formular e implementar políticas de salud y/o de reforma sectorial |
| ¿Dónde? | País Departamento / Estado / Provincia/ Región Institución |
| ¿Cuándo? | Inicio Fases Duración: por fases y total |
| ¿Cómo? | Metodología |
| ¿Cuánto? | Presupuesto de la elaboración del PMIS Fuentes de financiamiento y su aporte proporcional |
| ¿Con quién? | Componente institucional, interinstitucional e intersectorial Agencias de cooperación técnica internacionales Instituciones financieras internacionales Donantes y cooperantes bilaterales Sociedad civil ONG, etc. |

Además, los términos de referencia deben establecer quien actuará como contraparte oficial por parte del país y cuáles serán sus atribuciones y responsabilidades.

III.3. Los equipos de trabajo

Es necesario distinguir dos equipos de trabajo. Un equipo es el que actuará ejecutando las tareas del proceso, en adelante **el equipo de trabajo**. El otro equipo es el que estará encargado de hacer el seguimiento, apoyar y supervisar el desarrollo del proceso. Para esta

última función hay dos modalidades: el **grupo nacional intersectorial** correspondiente a la modalidad más amplia, de trabajo intersectorial, y el **comité de inversiones** correspondiente a la modalidad más institucional. Cualquiera sea la modalidad elegida, este segundo grupo actuará como directorio político y técnico.

El equipo de trabajo. Es un equipo multidisciplinario, basado en los responsables técnicos del nivel central y que debe cumplir las siguientes funciones:

- ◆ Facilitar y coordinar el trabajo de las contrapartes técnicas.
- ◆ Capacitar y capacitarse cuando sea necesario.
- ◆ Analizar y corregir las propuestas de “problemas del sector salud”, de “ficha nacional para perfiles de proyectos de inversión en salud” y de “perfiles de proyectos de inversión en salud”.
- ◆ Conducir el proceso de priorización.
- ◆ Elaborar el informe final.
- ◆ Establecer —y tal vez constituir— el mecanismo de seguimiento de PMIS una vez finalizada la primera versión de la cartera de proyectos.

De acuerdo con las necesidades y disponibilidades, el PMIS puede ser realizado por expertos del país con y sin apoyo externo. El segundo modelo puede ser aconsejable en los PMIS de ámbito nacional o cuando uno de los resultados que se busca es reforzar la capacidad del país, tanto en el ámbito específico de inversiones en salud como en el campo más general de fortalecer la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.

Se recomienda que el equipo de trabajo esté formado por:

- ◆ Un **coordinador técnico** nacional que actuará como responsable del ejercicio. Deberá tener una ubicación estratégica en relación con la toma de decisiones y contar con respaldo político.
- ◆ Un grupo interdisciplinario con representantes de los niveles político–administrativos y de las instituciones involucradas.
- ◆ Si es el caso, uno o varios asesores externos (consultores nacionales y/o internacionales).

Es aconsejable que el coordinador técnico nacional y el coordinador de los asesores externos, participen en la elaboración y discusión de los TR.

El equipo deberá trabajar conjuntamente en todas las etapas del proceso. En algunos casos, será aconsejable realizar actividades de capacitación orientadas al grupo nacional para fortalecer su comprensión y manejo de los lineamientos para elaborar los PMIS, así como de los conceptos básicos de inversión, criterios de priorización, manejo del ciclo de proyecto y ficha de perfil. Esto facilitará la elaboración de los perfiles y reducirá el tiempo de elaboración de la cartera.

En todo caso, es necesario identificar y convocar a un grupo institucional de 20 a 30 técnicos del ministerio de salud (y de las otras instituciones implicadas) para capacitarlos sobre los lineamientos metodológicos para la elaboración de los PMIS, y formar una masa crítica de recursos humanos institucionales que le den soporte.

Como parte de la organización del equipo, se realizará una reunión con los responsables de las instituciones implicadas para:

- ◆ Identificar a las personas que actuarán como contrapartes institucionales y como representantes de los diferentes niveles y puntos focales de las instituciones y de las regiones.

- ♦ Constituir grupos de trabajo por campos temáticos y niveles de las organizaciones.
- ♦ Resolver temas logísticos (apoyo financiero, secretaría, informática, transporte, etc.).
- ♦ Determinar si las contrapartes y equipos institucionales necesitan ser reforzados para la preparación de perfiles de proyectos y hacer los arreglos respectivos cuando sea necesario.

Adicionalmente, el equipo de trabajo deberá analizar y aprobar los TR, incluyendo objetivos, cronograma y resultados esperados, de forma que todos los integrantes del equipo conozcan la naturaleza y el alcance del trabajo. Asimismo, deberá comprobar si existe material actualizado suficiente para elaborar el PMIS y acordar la metodología para la elaboración de la cartera de perfiles de proyectos.

El trabajo se desarrollará según el plan de trabajo que el coordinador nacional y los otros miembros del equipo acuerden.

Los equipos supervisores. Dependiendo del alcance que se le dará al trabajo se organizará un comité de inversiones o un grupo nacional intersectorial.

El comité de inversiones. Formado por la dirección superior del ministerio de salud para actuar como el directorio político y técnico de la modalidad institucional de elaboración del PMIS. Es creado formalmente para validar la metodología, formalizar la constitución de los grupos de trabajo, acordar un cronograma de trabajo y conocer el avance del proceso y redireccionarlo si es necesario, hasta la sanción política del documento final.

El grupo nacional intersectorial. Formado por representantes del ministerio de salud, de las unidades funcionales del sistema de salud, de los gobiernos regionales (o estatales) si los hubiera, de los municipios, por representantes de otros ministerios (finanzas, trabajo, educación, medio ambiente, etc.), de las instituciones de la seguridad social que corresponda, de las universidades, del sector privado, de la sociedad civil, etc.

Este grupo debe ser convocado formalmente para validar la metodología, formalizar la constitución de los grupos de trabajo, acordar un cronograma de trabajo y conocer el avance del proceso hasta la presentación del documento final. También puede convocar un comité ejecutivo para darle seguimiento al trabajo. Así mismo, programarán varios talleres para evaluar el avance del estudio.

III.4. Los problemas de salud

Para poder funcionar de manera eficiente el PMIS requiere de una clasificación de los problemas de salud. Hay muchas formas de agrupamiento de los problemas de salud. En la práctica, es más simple enlistar todos los problemas de salud identificados desde el ASS y luego proceder a alguna forma de agrupamiento si no está ya hecha. Esta sección no debería requerir más que el uso de información de fuente secundaria. La dificultad principal puede ser encontrarla cuando no existe un ASS o documento similar.

Se propone que la siguiente sistematización sirva de punto de partida, aunque cada país debe encontrar la forma más funcional y adecuada a su propia realidad. La sugerencia es que los temas propuestos sean discutidos, analizados y explícitamente seleccionados y agrupados o eliminados. No obstante lo anterior, debe existir plena libertad para incorporar problemas nuevos que no aparecen en la lista.

III.5. Orientación de las inversiones

Es fundamental analizar la orientación de las inversiones y describir su composición y sus tendencias para facilitar la elaboración de la cartera de perfiles de proyectos de inversión y la integración de dicha cartera con los proyectos en negociación y ejecución.

Composición de las inversiones. Es importante conocer las áreas hacia las cuales están orientadas las inversiones, la magnitud de los gastos recurrentes que está asumiendo el país y, la eficacia, eficiencia y efectividad de sus resultados e impactos. Asimismo, se requiere conocer las fuentes de financiamiento.

Evolución de las inversiones. Es necesario identificar a los distintos actores que participan en el proceso de las inversiones y sus áreas de interés, así como conocer las áreas que han sido priorizadas con anterioridad y especialmente su impacto en el nivel de salud de la población.

Si se ha formulado e implementado previamente un PMIS, es muy importante conocer su evaluación para elaborar el nuevo PMIS. En ausencia de un PMIS, es importante conocer otros planes nacionales de inversiones. Si existe, es importante conocer el resultado y el impacto de su implementación, en términos de haber logrado la ejecución de sus proyectos y, muy especialmente, en términos de su impacto sanitario y en el desarrollo del sistema nacional de inversiones.

Lo que queda por hacer. Es relevante contrastar los problemas del sector salud con los proyectos de inversión ejecutados, los que están en ejecución y los que están en negociación. Las brechas de atención revelan en forma objetiva lo que queda por hacer, aunque no siempre es fácil su estimación.

Identificación de áreas prioritarias para inversión. Las áreas prioritarias orientarán la composición de la cartera de perfiles de proyectos de inversión. Este es el punto de partida de un proceso de negociación que considerará la evaluación de los proyectos, la disponibilidad de recursos, el interés de las fuentes de financiamiento y la capacidad de gestión para ejecutarlos.

La respuesta a éstos elementos será el primer paso para definir las prioridades de inversión en salud del país.

Preguntas orientadoras - Capítulo III

- 1) ¿Se adoptó una definición y delimitación acerca del sector salud y de su análisis?
- 2) ¿Existe información suficiente para elaborar el ASS?
- 3) ¿Existe un sistema nacional de información suficiente? ¿Hay otras fuentes?
- 4) ¿Fueron identificadas las áreas temáticas que debe considerar el resumen del ASS?
- 5) ¿Se ajustan los TR a las políticas vigentes y a la capacidad institucional?
- 6) ¿Se consideraron los requisitos críticos para definir los TR?
- 7) ¿Se consideró la importancia de la cooperación externa para los TR?
- 8) ¿Existe capacidad institucional para las relaciones intersectoriales?
- 9) ¿Consideraron los TR el nuevo enfoque de las inversiones en salud?
- 10) ¿Consideraron los TR los proyectos en ejecución y en negociación?
- 11) ¿Se evaluó la relación entre los sistemas de inversiones sectorial y nacional o subnacional (si es que existen)?
- 12) ¿Se definió el horizonte temporal del PMIS?
- 13) ¿Se analizaron las modalidades básicas de organización de los equipos de trabajo?
- 14) ¿Se definió el "equipo de trabajo", sus funciones, participantes y objetivos si se va a utilizar?
- 15) ¿Se definió el Comité Nacional Intersectorial, sus funciones, participantes y objetivos si se va a utilizar?
- 16) ¿Se definió el Comité de Inversiones, sus funciones, participantes y objetivos si se va a utilizar?
- 17) ¿Se analizaron la composición y la evolución histórica de las inversiones?
- 18) ¿Se formuló e implementó un PMIS anteriormente?
- 19) ¿Es posible identificar y cuantificar las brechas de atención?
- 20) ¿Qué elementos permiten identificar las áreas prioritarias para invertir?

Capítulo IV. Preparación de la cartera de perfiles de proyectos para el PMIS

En este capítulo se incluye una descripción de las definiciones básicas, las etapas para elaborar la cartera de perfiles de proyectos y el proceso para la priorización de los mismos.

IV.1. Definiciones básicas

La preparación de la cartera de perfiles de proyectos requiere consolidar un lenguaje común para los diferentes actores que participan en el proceso con el propósito de garantizar la coherencia interna del PMIS.

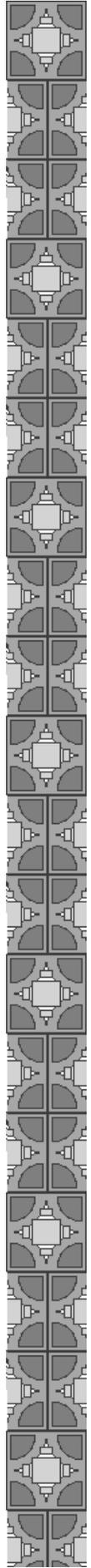
Las definiciones que a continuación se presentan no pretenden ser exhaustivas ni absolutas. Tal como se formulan, son el resultado de sucesivos ejercicios de consenso entre actores diversos en escenarios muy distintos y se incluyen aquí como referencia. Lo relevante es que tales definiciones (u otras que se consideren adecuadas) se expliciten lo antes posible y se mantengan a lo largo de todo el proceso de elaboración del PMIS.

Las definiciones que se presentan fueron elaboradas para este documento y no incluyen todas las posibles interpretaciones que podrían darse a los términos.

Las definiciones básicas incluyen:

Problemas prioritarios. Los problemas prioritarios son situaciones conocidas, no deseadas y que se pueden corregir, que dificultan el bienestar de los individuos o de la comunidad. En el sector salud suelen tener relación con aspectos de la biología humana, con los estilos de vida, con el medio ambiente y con los servicios de salud. Los problemas de los servicios de salud se suelen presentar por insatisfacción de las necesidades de los usuarios, por deficiencias en el desarrollo de la misión de las instituciones, por carencia o inadecuada gestión de los recursos, o por situaciones que se apartan del patrón ideal preestablecido. Es importante que la definición del problema se haga de manera tal que sea posible verificar si la solución propuesta efectivamente lo resolvió. "Mejorar la salud de los ancianos" puede ser una necesidad real, pero necesita elementos adicionales para poder constatar su mejora en términos operacionales. Tales elementos —llamados indicadores— cuando menos deben ser observables y, si es posible mensurables.

Estrategias recomendadas. Las estrategias recomendadas son las orientaciones de mediano plazo para afrontar los problemas prioritarios. Normalmente se diseñan para aprovechar las fortalezas del sistema de salud y minimizar las amenazas derivadas de sus debilidades. Sirven para orientar la acción de los distintos actores y la asignación de recursos, de forma que se generen las mayores posibilidades de obtener un impacto sostenible sobre la situación de salud y mejorar el estado de salud de la población. Las estrategias pueden caminar a través de diversas acciones complementarias. A su vez, una acción puede servir para desarrollar más de una estrategia.



Acciones sugeridas. Las acciones sugeridas son un conjunto de actividades programadas que forman parte de una estrategia de intervención. Tienen resultados esperados para alcanzar uno o varios objetivos a corto y/o mediano plazo. Las acciones pueden afectar a los programas, a los servicios de salud, al sistema de salud en su conjunto y a la intersectorialidad.

También pueden referirse al empleo de los recursos humanos, de la infraestructura, de los medicamentos y tecnologías y de los recursos financieros. Muchas acciones relevantes pueden no exigir inversión, aunque generen gasto (ej. aprobar, publicar y diseminar una norma), e incluso pueden no generar un gasto apreciable (ej. tomar una decisión o posponerla).

Ciclo del proyecto. El ciclo del proyecto tiene tres etapas. La primera es el diseño, en la cual se prepara la documentación que describe la acción sugerida para resolver el problema que se ha planteado. La segunda es la implementación o ejecución, en la que se realizan las actividades previstas. La tercera es la evaluación para verificar que las acciones resolvieron o no el problema.

El diseño se inicia con la identificación de ideas de proyectos de alta prioridad y que parezcan aptos para recibir financiamiento. Uno de sus aspectos más importantes es entender bien el problema a resolver y luego considerar las alternativas que podrían contribuir a su solución.

El perfil de proyecto se elabora sobre la base de la mejor solución o soluciones. Esta decisión sobre alternativas implica el análisis preliminar de la viabilidad técnico-económica de las mismas. Los criterios para la evaluación incluyen criterios de costo-beneficio y de costo-efectividad, cuya aplicación dependerá del estado de desarrollo del sistema nacional de inversiones, o del estado del arte en el conocimiento de estas variables en el país. Es necesario señalar que la alternativa que siempre existe es no hacer el proyecto, con lo que no se interviene en el problema, pero no se incurre en gastos tampoco (a veces llamada alternativa cero). Si la evaluación indica que no es recomendable seguir adelante con el desarrollo de ninguna alternativa del proyecto, éste se elimina de la cartera de perfiles de proyectos de inversión. Si la evaluación indica que es recomendable seguir adelante, entonces se continúa con la elaboración del documento de proyecto y se completa la etapa de diseño.

Un primer propósito del perfil es facilitar la negociación entre su(s) autor(es) y los autores de los otros perfiles de proyectos, insertos en un proceso de priorización intrainstitucional, interinstitucional o intersectorial. Aunque ésta dependerá del grado de desarrollo del sistema nacional de inversiones, igualmente conducirá a determinar las oportunidades de movilización de recursos.

También se profundizan durante esta elaboración los análisis económico y técnicos para asegurar la viabilidad del proyecto, así como las variables que inciden en él. El análisis técnico identifica las alternativas más viables de ejecutar y operar el proyecto, buscando así maximizar la probabilidad de lograr los objetivos. El análisis económico trata de determinar la alternativa de mínimo costo, además de asegurar la sostenibilidad financiera del proyecto una vez ejecutado. Esta etapa se conoce también como etapa de preinversión.

Una vez incluidos en el PMIS, los proyectos aprobados con los criterios de evaluación ex-ante, es decir previos a su puesta en marcha, o ya con indicaciones de apoyo de algún socio proveedor de recursos, pasan a una etapa de análisis más detallado, se definen sus componentes y se incorporan datos adicionales al perfil, produciendo un documento de proyecto. Gran parte del esfuerzo estará orientado a dimensionar el proyecto, lo que implica establecer la relación de lo que se pretende lograr (objetivos específicos) con la cantidad, tipo, volumen y costo de los componentes del proyecto. Muchas veces esta etapa se posterga hasta tener una fuente de recursos asegurada, ya que la transición de perfil a documento exige desembolsos y, además, normalmente esta fuente hace observaciones al documento final.

En esta fase también se definen los aspectos relacionados con la ejecución del proyecto: el presupuesto detallado, el programa de desembolsos, el calendario de ejecución, los arreglos institucionales, la asignación de responsabilidades, los arreglos de seguimiento e información, y la puesta en marcha y operación, con el objeto de hacer más eficiente todo el proceso.

Una vez aprobado el proyecto y obtenidos los recursos necesarios, comienza la etapa de ejecución, la cual durará hasta que se terminen de implementar las actividades programadas.

A partir de la fecha en que se termina de ejecutar, comienza la operación misma del proyecto, es decir, la vida útil de la inversión.

En otras palabras, los proyectos se ven sometidos a evaluación en cuatro momentos de su ciclo de vida.

- ♦ Durante el diseño, o evaluación ex-ante ya mencionada, (en inglés “*appraisal*”)
- ♦ Durante la ejecución, mediante indicadores de seguimiento, evaluando el avance físico y financiero, (en inglés “*monitoring*”)
- ♦ Al final de la ejecución, mediante indicadores de resultado. (en inglés “*evaluation*”)
- ♦ Finalizada su ejecución, mediante indicadores de impacto, (en inglés “*impact evaluation*”)

Esta fase estará detallada en el Manual de preparación de proyectos, publicación adicional de esta serie.

El proyecto

El proyecto es un conjunto articulado de actividades dirigidas a un objetivo o grupo de objetivos que se desarrolla en un período definido y con recursos dados. Dentro de ellos están los proyectos de inversión. Estos se diferencian de otro tipo de proyectos, por ejemplo los de investigación, en que su objetivo fundamental es modificar la situación de los programas y/o servicios aplicando para ello conocimientos y técnicas consolidadas.

Los proyectos de inversión pueden realizarse en capital físico (infraestructura y equipamiento), en capital humano y en fortalecimiento institucional. A su vez, la inversión puede subdividirse, a efectos metodológicos, en inversión nueva (dirigida a crear servicios, programas o habilidades anteriormente inexistentes) o inversión de reposición (dirigida a sustituir servicios, programas o habilidades obsoletas).

Cartera de perfiles de proyectos

La cartera de perfiles de proyectos es un conjunto organizado, priorizado y validado de perfiles de proyectos. Sus objetivos principales son movilizar los recursos internos y externos, y facilitar la negociación entre quienes formulan los perfiles de proyecto y los potenciales proveedores de recursos.

Eventualmente, la cartera puede ser el origen de un banco de proyectos. Este es una base de datos de perfiles de proyectos y/o proyectos de inversión con criterios de elegibilidad explícitos. Debe ser sometida a revisión periódica en función de la modificación de las prioridades y de los recursos disponibles.

Criterios de agrupación

Resulta difícil priorizar una gama demasiado amplia de perfiles de proyectos con el estado actual del arte en salud. Por ello es conveniente agruparlos en conjuntos menores que los hagan comparables. El campo temático es la denominación que se otorga a los criterios de

agrupación de los perfiles de proyectos. Habitualmente, derivan de la identificación de los problemas prioritarios y las estrategias recomendadas en el ASS.

Aunque los criterios de agrupación deben adaptarse a las condiciones concretas del país (ámbito político-administrativo de referencia), pueden considerarse algunas opciones generales, tales como la organización por áreas afines de actividad, por niveles de atención, por factores de producción, etc.

El enfoque por niveles de atención. Es posible organizar los proyectos según correspondan al nivel primario, al nivel secundario, al nivel terciario, y al nivel de conducción o dirección del sistema. A continuación se presenta un ejemplo de la aplicación de este enfoque:

Ejemplo de campos temáticos organizados por niveles de atención (Panamá)

- I. Programa de Salud Ambiental:
 - ◆ Agua y saneamiento (incluye excretas, residuos sólidos y residuos hospitalarios)
 - ◆ Control de riesgos ambientales y de sustancias tóxicas y/o peligrosas
 - ◆ Control de vectores
- II. Programa de atención primaria:
 - ◆ Promoción y prevención (educación, inmunización, medicina tradicional, etc.)
 - ◆ Participación social (organización, voluntarios y promotores, etc.)
 - ◆ Atención a las personas
- III. Programa de Atención Especializada:
 - ◆ Fomento de la capacidad reguladora.
 - ◆ Inversión nueva
 - ◆ Inversión de reposición
- IV. Programa de Fortalecimiento Institucional:
 - ◆ Desarrollo de la capacidad gerencial
 - ◆ Desarrollo de sistemas de información
 - ◆ Investigación en salud
 - ◆ Coordinación inter e intra institucional
 - ◆ Apoyo a los procesos de descentralización

El enfoque por funciones básicas. Otra alternativa es organizar los proyectos según correspondan al nivel de conducción o dirección, al área de financiamiento, al área de aseguramiento, al área de provisión, y al área de evaluación. En este caso, es posible subdividir algunas de las áreas en subcampos específicos, por ejemplo, el área de provisión se dividiría en programas y servicios. A continuación se presenta un ejemplo del enfoque de organización por funciones básicas:

Ejemplo de campos temáticos organizados por funciones (Cuba)

- I. Atención primaria y medicina familiar:
 - ◆ Subsistema de urgencia
 - ◆ Desarrollo de los servicios de salud a nivel local
 - Cirugía ambulatoria
 - Ingresos domiciliarios
 - Participación social y comunitaria

- Atención estomatológica
- Capacitación de los recursos humanos
- II. Atención especializada:
 - ◆ Revitalización de los hospitales clínico quirúrgicos
 - ◆ Revitalización de los hospitales especializados
 - Revitalización de la actividad quirúrgica
 - Capacitación de los recursos humanos
 - ◆ Tecnología de punta
- III. Medicamentos:
 - ◆ Medicamentos básicos y esenciales
 - ◆ Revitalización de laboratorios, medicamentos, equipos médicos, instrumental y mobiliario
 - ◆ Desarrollo de los servicios de medicamentos y aseguramiento médicos a nivel local
 - ◆ Desarrollo de las farmacias y dispensarios
 - ◆ Desarrollo de la medicina natural y tradicional
 - Desarrollo de la fármaco-epidemiología y la vigilancia epidemiológica
 - Capacitación de los recursos humanos y desarrollo gerencial
- IV. Fomento de la salud:
 - ◆ Programa de prevención de enfermedades
 - ◆ Programa de inmunización
 - ◆ Programa de enfermedades crónicas no transmisibles
 - ◆ Programa de enfermedades transmisibles
 - ◆ Programa de erradicación de la TB
 - ◆ Programa materno infantil
 - ◆ Programa del adulto mayor
 - ◆ Programa de óptica
 - ◆ Municipios y comunidades por la salud
 - ◆ Comunicación social
- V. Conducción del sistema nacional de salud:
 - ◆ Vigilancia en salud
 - ◆ Sistema de información sanitario
 - ◆ Sistema de información y desarrollo gerencial
 - ◆ Regulación sanitaria
 - ◆ Economía de la salud

Otro enfoque posible sería agrupar los proyectos siguiendo el criterio de **factores productivos**. Así, es posible organizar los proyectos que corresponden a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y tecnologías sanitarias (incluidos los medicamentos). Nada impide combinar los anteriores enfoques si conviene.

En determinadas ocasiones, los campos temáticos pueden funcionar como **criterios de inclusión**. Por ejemplo, un determinado perfil es incluido en la cartera si y solo si es

consistente con al menos uno de los campos temáticos previamente seleccionados como prioritarios.

IV.2. Etapas para elaborar la cartera de perfiles de proyectos

Elaboración de la ficha técnica para perfiles de proyectos

Los elementos específicos de las fichas se enumeran y se detallan más adelante. A partir de ellos, cada país podrá determinar qué otros criterios se incluyen, en qué orden, y si necesitan desarrollar una ficha simplificada para el seguimiento y la evaluación. La ficha general o simplificada deberá incluir un instructivo para comprender mejor sus componentes.

Sin menoscabo de las particularidades nacionales, la información corresponderá a cuatro grandes áreas:

Identificación del problema. Incluye el título, la justificación y el ámbito. Debe presentar una breve descripción del (los) problema(s) principal(es) que abordará el proyecto propuesto, incluyendo causas y efectos. Hará referencia al nivel sectorial o subsectorial (nivel macro) y al nivel del proyecto en sí (nivel micro). Deberá justificarse la consistencia del proyecto con los problemas prioritarios y las estrategias recomendadas, asegurando que el fin del proyecto sea coherente con éstas.

La solución propuesta. Incluye los objetivos, la descripción general del proyecto, los beneficios esperados y los indicadores para cada uno de los niveles mencionados. Se justificará el por qué la solución propuesta es la más apropiada para dar respuesta a los problemas descritos, en comparación a otras posibles. Se detallarán claramente los objetivos generales (o metas) y los objetivos específicos (o propósitos que se pretenden lograr). Se describirá, a grandes rasgos, cómo se va a llevar a cabo el proyecto, es decir, los resultados esperados y sus actividades, y en qué orden se ejecutarán. Se explicarán cómo las actividades llegarán al logro de los objetivos específicos, qué beneficios implicará este logro y cómo se medirán.

Un instrumento que puede ayudar en este ejercicio es el enfoque de proyecto, (también conocido como enfoque de marco lógico), el cual proporciona una metodología probada, sistemática y comunicable a los otros socios para el diseño de los proyectos. Entre otras cosas, este enfoque puede ayudar a la definición de indicadores orientados a medir la ejecución de los componentes del proyecto (indicadores de seguimiento) y al logro de los resultados esperados (indicadores de resultado y de impacto).

Los aspectos logísticos. Incluyen a las unidades responsables y ejecutoras del proyecto, y establecen el período de ejecución. Se describirán brevemente los aspectos operativos, institucionales y administrativos de la ejecución del proyecto. Se detallarán quiénes serán los entes responsable y ejecutor, la duración del proyecto, y si hay programas o proyectos de naturaleza similar en el área.

Los aspectos financieros. Incluyen el monto total de la inversión, su distribución entre distintos tipos de costos, entre financiamiento nacional e internacional, y un estimado de los costos recurrentes que generará el proyecto durante su vida útil.

Uno de los puntos críticos en la elaboración del perfil es la definición de los costos. Es necesario que los profesionales de la salud, los administradores y los economistas trabajen juntos en su determinación, fijando primero los conceptos básicos y los rubros de costo que en cada caso se aplicarán, y que luego determinen las unidades de costo y los precios a incluir en cada rubro.

El cálculo preliminar del costo del proyecto podrá organizarse por actividades o por componentes. En ambos casos se determinarán cuáles son los insumos necesarios para ejecutar el proyecto. En ellos se suelen incluir los recursos humanos, los equipos, y los materiales y suministros, entre otros. Deberá tomarse en cuenta su volumen, temporalidad, costo, así como definir cuáles pueden ser suministrados con medios propios (del país o del ámbito político-administrativo de referencia) y para cuáles se solicitan recursos externos.

Una vez definidos los insumos y sus costos, éstos podrán presentarse en forma resumida de varias maneras. Las más conocidas son:

- ♦ Por resultado esperado y por actividades. Es la preferida por los socios bilaterales. Si el objetivo es el fortalecimiento institucional de tres clínicas, el presupuesto se prepara de tal manera que se puede identificar la inversión en cada clínica.
- ♦ Por componentes. Preferido por las administraciones públicas. En este caso, el mismo ejemplo anterior se presentará indicando el costo de equipos, de personal bajo distintos tipos de contrato, de capacitación, etc. Nótese que no se discrimina por clínica.
- ♦ Por categorías. Preferida por las IFI. Generalmente en esta clasificación interesa conocer la proporción entre productos nacionales y productos importados, ya que los préstamos de las IFI no se dan en las mismas condiciones en ambos casos.

El presupuesto total del costo del proyecto es el mismo, lo único que cambia es la presentación. Se contará, entonces, con un presupuesto que presentará los insumos organizados por alguno de estos criterios, y desglosado por la fuente (contrapartida nacional y fondos externos). Según el caso, habrá que presentar el presupuesto por año y el total para el período de duración del proyecto.

También deberá realizarse un análisis de los **costos recurrentes** del proyecto necesarios para mantener los beneficios esperados una vez finalizado el proceso de inversión y comenzado el de operación del proyecto. Concretamente, deberán enunciarse las consecuencias en términos económicos e institucionales que tendrá que asumir el país para garantizar la continuidad de los beneficios del proyecto durante la vida útil de la inversión. El análisis deberá tomar en cuenta las posibilidades de contar con recursos para cubrir estos costos una vez culminado el apoyo, e indicar procedimientos para asegurarlos (ej. una vez construida la clínica, la creación o traslado de plazas, cambios en los presupuestos locales, etc.).

Incluso en la fase de preparación del perfil es imprescindible estimar los costos recurrentes del proyecto ya que la sostenibilidad del proyecto, y por lo tanto, su credibilidad frente a muchas de las fuentes dependerá en gran medida de ellos.

La metodología de formulación de la ficha de perfil de proyecto debe ser lo más consistente posible con las metodologías de formulación de proyectos de inversión de los otros sectores sociales. Dado que éstas suelen ser definidas por los ministerios de planificación, finanzas u otros organismos equivalentes, es útil incorporar técnicos de dichos ministerios en el equipo que diseñe la ficha.

Otra posibilidad es utilizar un modelo de ficha existente y adaptarla a las particularidades del sector salud. También es posible considerar las metodologías de formulación de proyectos más comúnmente empleadas por los organismos de cooperación técnica, adaptándolas a las particularidades nacionales.

Ficha modelo de perfil de proyecto

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Título del proyecto | Expresa la finalidad del proyecto. Debe ser claro y preciso. |
| 2. Ámbito | Breve descripción del espacio geográfico o funcional en el que el proyecto se va a desarrollar. Incluir información geográfica, poblacional y socioeconómica cuando sea pertinente. |
| 3. Justificación | Explicar la relevancia del problema para el que se busca solución (razones económicas, sociales, políticas, técnicas u otras) y fundamentar técnicamente que el proyecto es la solución más adecuada para resolverlo. |
| 4. Objetivo general (meta o fin) | Expresa el fin o meta del proyecto. Se relaciona con las políticas generales, sectoriales, locales, provinciales o nacionales. No siempre son medibles. |
| 5. Objetivos específicos (propósito) | Resultados concretos que se prevén alcanzar para lograr los objetivos generales. Deben ser medibles mediante indicadores cuantitativos y/o cualitativos. |
| 6. Descripción general | Relatar en grandes rasgos cómo se va a desarrollar el proyecto, qué actividades se emprenderán y en qué orden se realizarán. Esbozar las vías para lograr los objetivos y especificar las áreas de acción de la intervención. |
| 7. Beneficios esperados | Identificar objetivamente los beneficios generales que se esperan y consignar la población beneficiaria. |
| 8. Indicadores: | Los indicadores miden el cumplimiento de los objetivos del proyecto y son de tres tipos: |
| de seguimiento | a. Seguimiento: miden el avance físico y financiero para alcanzar los objetivos |
| de resultado | b. De resultados: miden la ejecución del proyecto propiamente tal. |
| de impacto | c. De impacto: miden los efectos finales del proyecto en términos sanitarios y/o sociales y económicos. |
| 9. Unidad responsable | Unidad que ampara institucionalmente el proyecto. |
| 10. Unidad ejecutora | Unidad(es) que se responsabiliza(n) de la ejecución del proyecto |
| 11. Período de ejecución | Tiempo estimado entre el inicio y final de la ejecución del proyecto. Incluir fechas de inicio y terminación, cuando se conozcan. |
| 12. Costo total | Costo total del proyecto. Especifica moneda, tipo de cambio, montos de contraparte nacional y monto solicitado a la entidad proveedora de recursos. Especificar por componente. |
| de pre inversión | Costo de preinversión. Para completar el proyecto y pasar de perfil a proyecto (ej. estudios adicionales para el diseño del proyecto) |
| de inversión | Costo de inversión del proyecto. Incluye la inversión propiamente tal y los costos que se requieren para la administración y ejecución del proyecto. |
| de puesta en marcha | Costo de puesta en marcha. Incluye los costos de entrenamiento de los recursos humanos que participarán en la etapa de operación del proyecto. |
| de operaciones | Costos de operaciones. Es el gasto recurrente del proyecto, es decir, los gastos anuales originados una vez finalizado el proyecto o alguno de sus componentes. |
| 13. Proyectos complementarios | Identifique y describa el nexo con otros programas en el área temática llevados a cabo por el gobierno, ONGs u otras organizaciones o programas de naturaleza similar. |
| 14. Fase actual del proyecto | Especificar la etapa del ciclo de proyecto: Identificación, perfil y proyecto, para los efectos de crear el banco de proyectos. |
| 15. Observaciones al proyecto | |

Identificación de las ideas de proyectos

La etapa más dinámica de la elaboración del PMIS comienza con la identificación de las ideas de proyecto. En esta etapa deberá realizarse un esfuerzo para identificar las necesidades de inversión del sector y formularlas como perfiles de proyectos de acuerdo con el formato acordado para la ficha técnica.

Esta labor implica la comunicación con numerosos profesionales de la salud y otros actores que trabajan o se relacionan con los diferentes niveles funcionales y territoriales del sector, a fin de que puedan presentar sus ideas al equipo de trabajo, para luego con el apoyo técnico del mismo, verter la información disponible en las fichas técnicas.

Un propósito fundamental de esta fase es descartar alentar aquellas ideas que se manifiestan inconsistentes con las prioridades de inversión y/o los campos temáticos previamente seleccionados. Otro, es involucrar a los profesionales del sector y de otros sectores, así como a otros actores (ej. asociaciones de usuarios, ONG, representantes del nivel local, etc.) en la formulación de sus ideas en términos comprensibles y, eventualmente, como perfiles de proyecto.

La identificación de proyectos puede describirse como el comienzo del proceso a través del cual los planes nacionales de inversión y las estrategias del sector se traducen en inversiones específicas.

La identificación inicial y la selección preliminar de ideas de proyectos constituyen una etapa crítica del proceso de elaboración de la cartera de proyectos, pues cuanto mayor sea el esfuerzo por identificar proyectos prioritarios y viables, más representativa y más completa será la cartera.

Las ideas de proyectos se originan en una multiplicidad de fuentes, tantas como actores relevantes existen en el sector. Éstas pueden nacer en cualquier momento como consecuencia de esfuerzos desde el nivel de conducción (ej. durante la realización del ASS, de un plan de salud o de una estrategia sectorial), como entre los aseguradores, los administradores y gerentes, los profesionales sanitarios o la comunidad.

En la práctica, las ideas de proyectos aparecen con frecuencia derivadas de la identificación de:

- ♦ Demandas o necesidades insatisfechas y medios posibles de llenarlas
- ♦ Problemas o limitaciones en instalaciones esenciales, servicios y recursos materiales o humanos y obstáculos institucionales o de otra índole
- ♦ Recursos materiales o humanos no utilizados o subutilizados y de las oportunidades para su conversión a fines más productivos
- ♦ La necesidad de complementar otras inversiones.

Las ideas de proyectos también pueden surgir de:

- ♦ Iniciativas de las comunidades organizadas del nivel local que reaccionan ante una situación, o que desean aprovechar las oportunidades que perciben.
- ♦ La reacción de un gobierno a presiones políticas o sociales, originadas o no en desigualdades económicas, sociales o regionales.
- ♦ El seguimiento de objetivos nacionales.
- ♦ La ocurrencia de sucesos naturales (sequías, epidemias, hambruna o terremotos).
- ♦ El deseo de crear una capacidad institucional permanente para llevar a cabo actividades de desarrollo.

Por último, las ideas de proyectos pueden originarse no solo dentro de un país, sino también en el extranjero, como resultado de:

- ♦ Propuestas de inversión de organizaciones de cooperación u ONG internacionales.
- ♦ Actividades de programación de organismos de ayuda bilateral o multilateral y de sus proyectos en marcha en el país.
- ♦ La influencia de estrategias de inversión adoptadas por otros países en desarrollo, así como de las oportunidades creadas en virtud de acuerdos internacionales.
- ♦ La opinión profesional prevalente o el consenso público dentro de la comunidad internacional en campos tales como población, nutrición y alivio de la pobreza.
- ♦ La definición de problemas globales que la comunidad internacional está considerando, pero que aún no ha sido interiorizada en el país.

Como todo proceso creativo, a menudo la identificación de ideas de proyectos no es un proceso ordenado ni consecutivo. Más bien, es un proceso iterativo, que implica volver sobre los pasos, formular de nuevo las ideas, medir efectos de sustitución entre opciones, sopesando sus costos y beneficios respectivos, y analizar cuestiones técnicas, económicas, financieras, sociales e institucionales con diversos grados de detalle.

Independientemente de cuál sea la fuente de la idea del proyecto, deberá prestarse especial atención al análisis de alternativas posibles a la hora de definir los objetivos y actividades del proyecto. Esto asegurará que la solución propuesta sea la más apropiada.

Revisión de las ideas de proyectos según proyectos en ejecución y campos temáticos

Para poder seleccionar las ideas de proyecto de manera transparente, es conveniente establecer una matriz clara de criterios. Algunos posibles criterios son:

- ♦ Problemas e intereses de los involucrados
- ♦ Recursos y mandatos de los involucrados
- ♦ Probabilidad de alcanzar los objetivos
- ♦ Factibilidad política
- ♦ Relación costo-beneficio
- ♦ Relación costo-efectividad
- ♦ Efecto sobre el flujo de caja
- ♦ Criterios de medio ambiente
- ♦ Criterios de género
- ♦ Riesgos sociales
- ♦ Horizonte del proyecto
- ♦ Sustentabilidad
- ♦ Proyectos en ejecución que puedan anularse entre sí
- ♦ Proyectos en ejecución que se potencian entre sí

Como parte del ejercicio para determinar si deben incluirse los proyectos en la cartera, pueden formularse preguntas como estas:

- ♦ ¿Se ajusta el proyecto a los objetivos y prioridades de desarrollo del país?

- ♦ ¿Es compatible el marco de política sectorial con el logro de los objetivos del proyecto?
- ♦ ¿Está bien fundamentado el proyecto desde el punto de vista técnico y representa la mejor de las opciones técnicas disponibles?
- ♦ ¿Es factible el proyecto desde el punto de vista administrativo?
- ♦ ¿Se justifica económicamente el proyecto y es viable desde el punto de vista financiero?
- ♦ ¿Es compatible el proyecto con las costumbres y aspiraciones de los beneficiarios?

Una vez identificados los proyectos que podrían formar parte de la cartera, se procede a verter la información disponible en la ficha técnica del perfil de proyecto acordada anteriormente. Esta parte del proceso se realiza a nivel local con apoyo del equipo de trabajo.

Elaboración de los perfiles de proyectos ordenados por campos temáticos y niveles de la organización.

La elaboración de los perfiles de proyecto, ordenados según campo temático, es también un proceso descentralizado que contará con el apoyo técnico del equipo de trabajo, cuya labor estará orientada a dos objetivos fundamentales:

- ♦ Recolectar, corregir y ordenar los perfiles de proyectos que se incluirán en la cartera de perfiles de proyecto del PMIS,
- ♦ Reforzar las capacidades nacionales, subnacionales o locales para la formulación de perfiles y documentos de proyecto (talleres, reuniones, y distribución de materiales)

Como resultado, se obtendrá una amplia gama de perfiles de proyecto, representativos de necesidades de inversión muy variadas de los distintos ámbitos funcionales y territoriales del sistema.

Ajuste de los campos temáticos y agrupamiento de los perfiles

Los campos temáticos son las categorías para ordenar los perfiles de proyectos al interior de la cartera. El equipo de trabajo deberá acordar sus criterios de agrupamiento y considerar si son consistentes con los problemas prioritarios y, en su caso, aplicar las adaptaciones necesarias.

El listado de campos temáticos propuesto en los presentes lineamientos debe considerarse tentativo ya que cualquier tema no mencionado que se considere relevante podrá ser incluido durante el ejercicio. A la inversa, si alguno de los temas incluidos se considera irrelevante, se explicarán las razones y se eliminará. La experiencia señala además que a veces algunos campos temáticos apenas tienen uno o dos proyectos, lo que hace irrelevante su priorización. Por esto se sugiere reagrupar estos casos en categorías más incluyentes. Naturalmente, esto solo será posible una vez se disponga de los perfiles candidatos a la cartera.

Lo más complejo de esta etapa es concretar la idea del proyecto de una manera concisa y coherente en la ficha. Pasar de "la idea" a la "ficha" requiere refinar los objetivos del proyecto, definir más precisamente sus ámbitos funcional y geográfico, identificar claramente a los responsables operativos, así como las variables e indicadores de proceso, resultado e impacto. A medida que se refinan los objetivos y que las opciones y posibilidades de alcanzarlos se van reduciendo a un número manejable, el proyecto puede ser redactado en forma más detallada.

El proceso suele ser más largo de lo previsto y requerir la participación de profesionales de varias áreas, bajo la dirección de la persona que se haya escogido o designado como responsable del mismo. Éste no estará concluido hasta que los que hayan participado estén en

condiciones de responder con claridad a todas los puntos incluidos en la ficha de perfil del proyecto.

A medida que se elaboran los proyectos y éstos se ordenen según los campos temáticos previamente definidos, es útil construir un índice para cada campo temático, que además de nombrar los proyectos, detalle algunas características que permitan identificarlos (p. ej. título, ámbito de acción, costo total y costo de la financiación externa). Este índice facilita el manejo de la cartera y la posterior negociación con las eventuales fuentes de recursos.

Revisión de cumplimiento de requisitos

Los integrantes del equipo de trabajo se repartirán la responsabilidad de revisar los perfiles, discutir con los proponentes, rechazar los inconsistentes o mal formulados, y asignarles a los admisibles una ubicación dentro de la cartera según campo temático. Idealmente, la cartera no deberá contener un número excesivo de perfiles.

Una manera práctica de reducir el número es establecer un presupuesto mínimo, por ejemplo \$10.000. Cuando aparecen varios proyectos similares pero de bajo presupuesto es conveniente agruparlos. Por ejemplo, cuatro proyectos de construcción de centros de salud a \$5.000 cada uno pueden juntarse en uno solo de \$20.000. No se debe olvidar que los costos transaccionales de procesar un proyecto grande o uno pequeño son casi idénticos.

Para ser admitidos en la cartera, los proyectos deberán:

- ◆ Responder a una necesidad prioritaria identificada en la matriz de estrategias y problemas
- ◆ Estar sólidamente fundamentados
- ◆ Mostrar que la solución que propone es pertinente
- ◆ Estar correctamente formulados

Preguntas orientadoras - Capítulo IV.2

1. ¿Se acordaron las etapas para la elaboración de los proyectos?
2. ¿Se definieron tamaños mínimos para los proyectos y criterios de agrupación para aquellos menores a dicho tamaño?
3. ¿Se acordaron los componentes de la ficha de perfil de proyectos?
4. ¿Existe un sistema nacional de inversiones a cuyo banco de proyectos se puede acceder desde diversas entidades?
5. ¿Cuáles elementos incluyen la "identificación del problema"?
6. ¿Cuáles elementos forman parte de la "solución propuesta"?
7. ¿Es la solución propuesta la más apropiada para dar respuesta a los problemas descritos?
8. ¿Es factible el proyecto desde el punto de vista administrativo?
9. ¿Están identificados los beneficios y cómo se medirán?
10. ¿Cuáles elementos incluyen los "aspectos financieros" de los proyectos?
11. ¿Es posible definir los costos y cuáles elementos se tomaran en cuenta para determinarlos?
12. ¿Qué formas existen para expresar los costos y el respectivo presupuesto?
13. ¿Se analizaron los costos recurrentes?

14. ¿Se identificaron los recursos no financieros necesarios o que podrían utilizarse sin incurrir en pagos?
15. ¿Se justifica económicamente el proyecto y es viable desde el punto de vista financiero?
16. ¿Cuáles propósitos fundamentales de la formulación de ideas se han seguido?
17. ¿Cuál fue el origen de las ideas de proyectos (v.g. institucional, comunitario, externo)?
18. ¿Se identificaron los criterios para la selección de las ideas de proyectos?
19. ¿Se ajustaron los proyectos a los objetivos y prioridades de desarrollo del país?
20. ¿Son compatibles los objetivos de los proyectos con el marco de política sectorial?
21. ¿Está bien fundamentado el proyecto desde el punto de vista técnico y representa la mejor de las opciones técnicas disponibles?
22. ¿Es compatible el proyecto con las costumbres y aspiraciones de los beneficiarios?
23. ¿Son consistentes los criterios de agrupamiento con los problemas prioritarios?
24. ¿Se acordaron los criterios de inclusión y los de exclusión?

IV.3. Priorización de la cartera de perfiles de proyectos

Una vez coleccionados y ordenados los perfiles de proyectos por campo temático se procede a su priorización. Ello es necesario no solo porque los recursos son limitados sino también para darles una secuencia lógica en el tiempo y en la solución de los problemas, especialmente los más prioritarios.

Una adecuada priorización exige definir quién hará la priorización, qué metodología se utilizará y cuál es el momento adecuado para llevarla a cabo.

Criterios de priorización

A continuación se presentan las variables que se suelen utilizar para la priorización de proyectos. Es importante resaltar que no son las únicas posibles, y que en cada caso deberán explicitarse y concensuarse con antelación a la priorización misma.

- ♦ **Magnitud.** Incluye la prevalencia, la incidencia, la tendencia del problema, y las características de la población afectada.
- ♦ **Trascendencia.** Incluye la gravedad del problema, el nivel de insatisfacción de la población y el impacto negativo sobre la situación sanitaria y social.
- ♦ **Costo beneficio o costo efectividad.** Incluye la consideración de lograr el mayor beneficio, ya sea en dinero o en impacto en salud por unidad de costo. No siempre es posible obtener estas cifras.
- ♦ **Factibilidad.** Se considerarán dos tipos de factibilidad:
 - Factibilidad técnica (también llamada vulnerabilidad). Establecer si el problema tiene solución técnica.
 - Factibilidad económica. Determinar si se cuenta o si es posible contar, con los recursos para ejecutar las acciones incluidas en el proyecto.
- ♦ **Sostenibilidad.** Se considerarán al menos tres aspectos:
 - Sostenibilidad financiera. Es la capacidad de financiar los costos de la actividad una vez terminado el financiamiento del proyecto;

- Sostenibilidad social. Es la capacidad de generar apoyo social a las actividades incluidas en el proyecto en el ámbito en que se ejecuta;
- Sostenibilidad política. Es la capacidad de controlar los riesgos del contexto político, económico, social y tecnológico en que se incurre a lo largo de la vida del proyecto.
- ♦ **Externalidades.** Se considerarán los potenciales efectos beneficiosos o perjudiciales del proyecto sobre otros aspectos relevantes de la situación sanitaria y/o social de la población.
- ♦ **Áreas ya cubiertas.** Es posible que la dotación actual de recursos ya cubra lo suficiente un campo temático como para que se privilegien otros que por motivos válidos no estén siendo considerados.

Aunque los criterios estén claros, o sean más bien mecánicos (si se puede hacer costo-beneficio, por ejemplo), hay que estar consciente que existe una reticencia enorme al proceso de priorización en el sector salud. En parte esto se debe a la natural, aunque no siempre correcta tendencia a suponer que cualquier intervención en salud es buena. La otra explicación tiene que ver con la existencia de compartimentos estancos en el sector. Así, por ejemplo, el personal que se ocupa del control de las enfermedades transmisibles prefiere no opinar sobre enfermedades crónicas, en el entendido que dicha consideración será recíproca. Ya se han señalado las consecuencias que la falta de prioridad tiene para el sector. Por eso, a partir de la experiencia de los proyectos pilotos, se sugiere un proceso sencillo para ordenar los perfiles priorizados en tres categorías:

- ♦ **Categoría A.** Perfiles de proyectos con la más alta prioridad e impacto para el sector.
- ♦ **Categoría B.** Perfiles de proyectos con mediana prioridad para mantener el desarrollo del sector.
- ♦ **Categoría C.** Perfiles de proyecto con una calificación de menor prioridad, aunque importante para los logros del sector.

Metodología

La priorización tiene normalmente dos fases: una técnica y otra política.

- ♦ **Fase técnica.** Es útil considerar tres grandes grupos de personas:
 - los planificadores y gerentes,
 - los profesionales directamente implicados y
 - los usuarios y sus representantes.

Los tres grupos deben estar adecuadamente representados en el ejercicio de priorización de modo que compensen puntos de vista y eventuales sesgos de valoración, para lo cual existen varias metodologías.

La primera se basa en circular la información entre un grupo de personas formado por los responsables técnicos de más rango de las instituciones sectoriales, intersectoriales y por representantes cualificados de la comunidad de usuarios. Este grupo asigna la prioridad y utiliza un cuestionario con una escala numérica y un instructivo. Los miembros del grupo no se ven, a menudo no se conocen y un equipo central asume la tarea de distribuir primero y valorar los resultados después. Además de las objeciones habituales (procedimiento rutinario, consumidor de tiempo, con posibilidad de errores y extravíos) el método es caro y engorroso por el volumen de información a circular.

Otra metodología es reunir un grupo de entre veinte y treinta personas, de las mismas características anteriores. El grupo es dirigido por facilitadores que instruyen al grupo sobre

los criterios de priorización y le entregan resúmenes de los perfiles de proyectos elaborados para facilitar el ejercicio. A continuación, los facilitadores presentan para cada campo temático, y de uno en uno, los resúmenes de las fichas de proyecto. Las presentaciones durarán el mismo tiempo para cada proyecto, y al término de cada una, cada participante otorgará una puntuación (por ejemplo de 0 a 10 puntos) al proyecto.

Al término de cada sesión, los facilitadores sumarán las puntuaciones y clasificarán los proyectos de cada campo temático en tres categorías (A, B y C), de acuerdo a la distribución de frecuencias de las puntuaciones obtenidas.

Si el número de proyectos incluidos en la categoría A se considera excesivo, lo que es altamente probable por las características mencionadas del sector, la regla puede cambiarse a que al menos un 20% de los proyectos deben caer en cada categoría.

Por último, se puede utilizar expresamente la idea de los tres grupos de proyectos (A, B y C) en el proceso. Las siguientes tablas son útiles para organizar el proceso. Se organiza el proceso como en el caso anterior, sólo que en lugar de asignar una puntuación, cada participante clasifica los proyectos como ABC y entra los datos en la primera columna de la planilla de priorización personal que sigue. El facilitador de la reunión entra los datos también en la planilla de priorización de grupo, señalando que se trata de la primera ronda. Si hay consenso en la clasificación, el proceso ahí termina, sino se solicita al participante que clasificó el proyecto como A, B o C que justifique su clasificación. Se procede a una segunda ronda, y el proceso se repite hasta una cuarta ronda. Aunque rara vez se llega a ella, es posible que ocurra. En ese caso se utiliza la simple mayoría. Es muy importante que los participantes tengan claro qué ocurre si no se logra consenso, lo que es el mejor incentivo para lograrlo.

Planilla de priorización personal (al menos 20% A, 20% B y 20% C)

| Área temática: | | | | | |
|----------------|-------|---|---|---|-------|
| Proyecto | Rueda | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Final |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Planilla de priorización de grupo

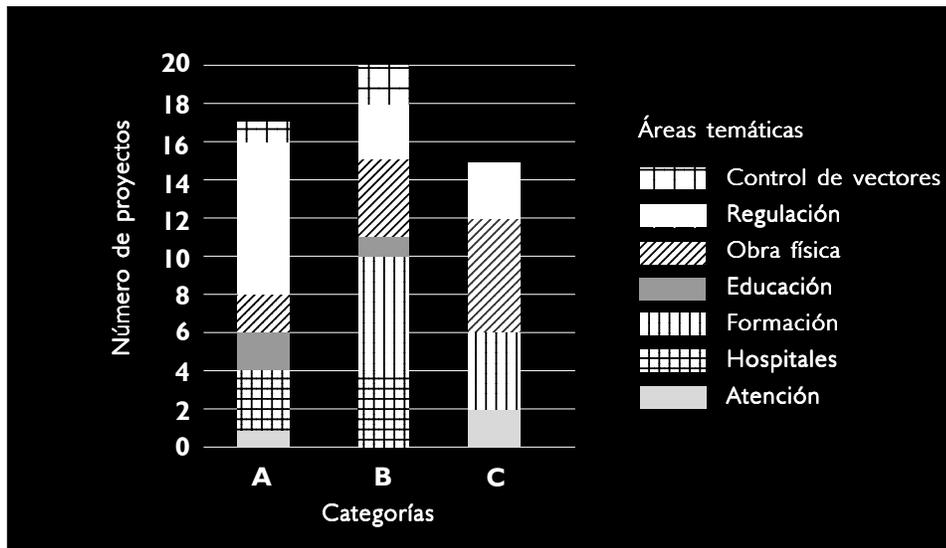
Área temática:

Ronda de negociación: 1 2 3 4 Final

| Proyecto | Participante | | | | | | |
|----------|--------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

Los criterios de costo-beneficio y de costo-efectividad pueden formar parte de la discusión en esta fase. Su aplicación requiere de sistemas nacionales de inversión maduros y con varios años de desarrollo. En algunos países es posible su aplicación, en otros, dado el estado de desarrollo del sistema, solo será posible utilizar sistemas menos complejos. El siguiente gráfico ilustra el resultado del ejercicio de priorización realizado en el contexto del ejercicio de terreno de validación del PMIS en Honduras.

Distribución de proyectos priorizados por categoría, según área técnica



Cualquiera que sea el método utilizado, es importante alcanzar el más amplio acuerdo posible sobre la clasificación para evitar efectos negativos posteriores. Como mínimo se deberá llegar a un consenso en el grupo sobre los proyectos más altos (categoría A) y más bajos (categoría C).

- ♦ **Fase política.** Una vez concluida la fase técnica, se presenta la cartera de proyectos priorizados a las autoridades responsables del ejercicio (equipo de supervisión) para que éstas validen los proyectos con el criterio de oportunidad. La experiencia demuestra que, si el ejercicio anterior se desarrolló adecuadamente, las variaciones introducidas en la fase política son mínimas y afectan a un porcentaje relativamente pequeño de la cartera de proyectos.

Cartera de perfiles de proyectos priorizados

El ejercicio anterior culmina con una serie de perfiles priorizados por campo temático, con los cuales se elabora la cartera de perfiles de proyectos de salud. Ésta generalmente incluye también una introducción y análisis de la cartera desde distintos ángulos, por ejemplo, clasificaciones de los proyectos por área geográfica, población cubierta, valor, etc., que puede facilitar la posterior movilización de recursos.

Sin embargo, una vez elaborada la cartera, a veces es necesario priorizar nuevamente con la óptica del desarrollo nacional. Por ejemplo, si se está preparando una mesa redonda de cooperantes a nivel nacional organizada por el ministerio de planificación, éste podría solicitar una lista total del sector y no ya por campo temático. Otra posibilidad es la aparición de un superávit de caja del gobierno que se decide utilizar en proyectos de inversión de todos los sectores. Para ello, se procederá a identificar aquellos proyectos del sector de máxima prioridad para el país, es decir, aquellos proyectos que deberán ejecutarse primero, en función de la disponibilidad de fondos e independientemente de su campo. Estos procesos utilizan los resultados del PMIS pero no son parte integral del mismo

Es posible que el Ministerio de Planificación repita una vez más el ejercicio (ya fuera del ámbito sectorial) a fin de preparar una cartera nacional de proyectos del sector que sea. Obviamente aquellos sectores que hayan preparado mejor su cartera y tengan más credibilidad tendrán la mejor oportunidad de aparecer en los primeros lugares de la cartera nacional.

Preguntas orientadoras - Capítulo IV.3

1. ¿Se definió quién priorizará la metodología que se utilizará y el momento para aplicarla?
2. ¿Se acordaron las definiciones operacionales acerca de magnitud, trascendencia, costo- beneficio, costo-efectividad, factibilidad, sostenibilidad, externalidades y áreas cubiertas?
3. ¿Se identificó al grupo de actores nacionales que participarán en la fase técnica?
4. ¿Se consideró el riesgo de sesgo de valoración para formar los grupos de trabajo?
5. Si se decidió circular la información en grupos seleccionados, ¿Se consideró el costo en tiempo, la posibilidad de errores y de pérdida de documentos?
6. Si se decidió utilizar el juicio de expertos, ¿Se consideró el sesgo de selección de participantes en los grupos, el riesgo de alianzas entre ellos y la tendencia a priorizarlo todo?

7. ¿Fue posible incorporar criterios de costo-beneficio y de costo-efectividad?
8. ¿Fue posible llegar a consenso sobre la clasificación entre los grupos de alta y de baja prioridad?
9. ¿Se consideró un grupo de discusión ad hoc para la fase política?
10. ¿Se priorizaron los perfiles por campos temáticos?
11. ¿Se analizó la cartera de perfiles según distribución geográfica, población cubierta u otras clasificaciones?
12. ¿Fue posible desagregar la cartera en proyectos menores para acceder a financiamiento disponible fuera de los plazos convencionales?

Capítulo V. Los recursos para la cartera de perfiles de proyectos

Una vez elaborada la cartera del PMIS, es necesario presentarla a las posibles fuentes de recursos. El proceso de negociación de los mismos debe incluir tanto a las fuentes nacionales como a las fuentes internacionales. En ambas se distingue entre las públicas y las privadas. Más aun, entre las nacionales públicas se distinguen las fuentes propias del sector salud y las fuentes intersectoriales que dependen de las autoridades de los ministerios de hacienda, de economía, de planificación y del área política. Acerca de las fuentes internacionales y de las privadas se hará referencia más adelante.

A veces, es posible conseguir recursos para la **elaboración misma del PMIS**, los que no deben confundirse con los recursos necesarios para su ejecución. Una estimación común es que la preparación de un PMIS no debería exceder del 1% del monto total estimado de las inversiones mismas. La movilización de recursos para la preparación del PMIS debe ser formulada como un proyecto independiente, naturalmente, previo a su ejecución.

Si bien, ocasionalmente es posible conseguir recursos para financiar la **ejecución** del PMIS completo, lo común es que se financien proyectos específicos preparados en el contexto de dicho plan que sean de interés del socio proveedor de recursos.

V.1. Tipos de recursos

Una manera útil de clasificar los recursos necesarios para realizar los proyectos es la siguiente:

| Fuente/naturaleza | Financieros | No financieros |
|-------------------|-------------|----------------|
| Locales | | |
| Externa | XXX | |

La movilización de recursos se asocia generalmente a los recursos financieros y externos (marcados con xxx en el cuadro). Pero esta asociación, condicionada por años de manejo de las inversiones como transferencias financieras, tiende a desperdiciar recursos y hace ignorar la existencia de posible colaboración en términos no-financieros (principalmente recursos humanos) tanto locales como externos, así como la existencia de recursos financieros locales. En uno de los PMIS realizado durante la preparación de este instrumento, un 40% de los proyectos pudo ser realizado con recursos locales que existían, y con los cuales el sector no estaba familiarizado. Esto evitó el esfuerzo considerablemente más complejo de tener que acudir a fuentes externas para lograr los recursos.



La cooperación en salud

La cooperación en salud busca la complementariedad entre los subsectores gubernamental y no gubernamentales, externo y local. Aún en lugares donde no hay un sector no gubernamental activo o en posición de aportar recursos, siempre existe la posibilidad de la movilización de recursos no financieros. Por ejemplo, una universidad puede ofrecer la participación de sus estudiantes preparando tesis de grado para hacer las investigaciones necesarias.

Los recursos locales

Se tiende a ignorar la existencia de recursos locales, tanto financieros como no financieros, ya que subyace la idea de que los proyectos deben venir con su financiamiento “desde afuera”.

La experiencia señala que la preparación de buenos perfiles permite movilizar recursos financieros existentes en el mismo sector gubernamental, aunque sea fuera del área de salud.

Los recursos no financieros

Entre los recursos financieros se destacan la capacidad técnica instalada (profesionales, estudios, análisis, etc.), la infraestructura, la logística y los sistemas de abastecimientos, el equipamiento, los medicamentos, la influencia política y la apertura de espacios para el diálogo.

A menudo estos recursos se incluyen implícitamente en el diseño sin ser explicitados, como por ejemplo, se da por descontado el apoyo logístico de la contraparte. Esto tiende a dar la impresión de falta de interés por parte de las comunidades afectadas.

A muchos socios extranjeros les puede resultar más fácil colaborar con recursos no financieros. Éstos pueden materializarse tanto en recursos humanos profesionales como en especie, que incluyen desde equipos hasta medicinas. El aporte en especie suele no tener la misma relevancia que el aporte en dinero para adquirir los mismos insumos.

Debido a lo anterior resulta indispensable que los perfiles tengan sus recursos no financieros y sus costos bien calculados para poder utilizar la mejor mezcla posible de fuentes de financiamiento.

Cuando existe la posibilidad de lograr recursos parciales, algunos proyectos pueden separarse en etapas, a condición de que sean etapas auto-sustentables y que se le puedan aplicar indicadores de proceso, de resultado y de impacto medibles. Es decir, que las etapas puedan ser consideradas como proyectos independientes.

Por otra parte, en el caso de obtener financiamientos parciales, es necesario aplicar un juicio muy certero acerca de la viabilidad real del proyecto. En efecto, a veces los proyectos abortan precisamente por no lograr su financiamiento completo desde el principio o por una mala conceptualización de sus etapas de ejecución que resulta en inversiones parciales no productivas.

V.2. Fuentes de recursos nacionales

Públicas

Se refiere a la obtención de recursos en el sector público en sus ámbitos político y administrativo.

Dado que los aspectos financieros del sector público quedan comprometidos en presupuestos anuales, es importante entender el proceso de aprobación de dicho presupuesto, a fin de negociar las peticiones de recursos con la anticipación necesaria. Éstas requieren comenzar al menos medio año antes de la aprobación del presupuesto mismo, lo que puede a su vez dejar una brecha de otro medio año antes de comenzar la ejecución. Mientras más centralizado sea el presupuesto (ej. presupuestos nacionales vs. presupuestos subnacionales), posiblemente más largo será este período.

Algunos países ubican la coordinación de los presupuestos de inversión en los ministerios de planificación, de hacienda o de economía, lo que significa establecer mecanismos de acceso a dicho proceso. Otros países, con mayor descentralización de sus gobiernos y de sus procesos de inversiones deben considerar los niveles de decisiones subnacionales. Es necesario recordar también que muchos de los proyectos pueden ser financiados con fondos ajenos al sector salud, como son los de obras públicas o educación, por lo que el contacto interdisciplinario e interinstitucional debe ser muy estrecho.

A medida que se transfiere la negociación a niveles más locales (subnacionales o municipales) los procesos pueden ser más rápidos. En estos casos, es imprescindible el marco normativo del proceso de inversiones y el marco orientador del PMIS a fin de asegurar que se apliquen criterios similares y se proteja a los usuarios en las distintas localidades. Para que ambos elementos no sean considerados intromisión por parte del gobierno central, es necesario que los niveles locales participen activamente en su discusión y generación.

Las fuentes públicas nacionales también se pueden utilizar para obtener recursos no financieros, tales como apoyo en recursos humanos, apoyo logístico, equipamiento, instalaciones, etc.

No gubernamentales sin fines de lucro

Dentro del sector sin fines de lucro se encuentran instituciones de financiamiento (generalmente asociadas a empresas con fines de lucro v.g. Fundación Polar en Venezuela), instituciones de servicio (clubes de rotarios, clubes de leones y organizaciones filantrópicas de distintas iglesias), instituciones de cabildeo o abogacía que persiguen causas específicas, como la diabetes o el cáncer, e instituciones de base (ej. centros de madres). Los recursos que se pueden movilizar son generalmente no financieros, con excepción de las instituciones asociadas con empresas con fines de lucro.

La flexibilidad de estas instituciones es muy variable. Algunas tienen ciclos de programación tan complejos como los gubernamentales y otras reaccionan a las peticiones casi instantáneamente. Lo importante es entender que la mayoría de ellas tiene agendas y temas de interés, cuyas orientaciones deben conocerse a fin de establecer los vínculos necesarios cuando sean directos, o abrirlos cuando no lo sean. Por ejemplo, si una fundación está interesada en los adolescentes, es posible que no tengan interés por el tema "salud", pero si se ajusta la presentación de modo que afecte a los adolescentes desde el punto de vista de su salud la respuesta puede ser muy distinta.

Los organismos de base así como los de abogacía rara vez proporcionan recursos financieros. Sin embargo, pueden ser muy importantes en la movilización de recursos

humanos voluntarios o de apoyo político, elementos que pueden ser críticos para la materialización de algunos proyectos.

Privadas con fines de lucro

Las organizaciones privadas con fines de lucro pueden generar recursos mediante donaciones basadas en el ahorro de impuestos y en el uso de excedentes (cuando la legislación lo permite). También pueden asumir diversos tipos de administraciones delegadas y de concesiones. Este último caso es particularmente interesante porque permite liberar recursos públicos para ser reorientados a otros programas y/o proyectos. Otras veces estas instituciones pueden contribuir con recursos específicos a un evento.

V.3. Fuentes de recursos internacionales

Públicas

Hay dos tipos de entidades públicas que proporcionan recursos: las bilaterales y las multilaterales.

♦ **Bilaterales**

Generalmente las instituciones bilaterales representan a la cooperación técnica y financiera de los países industrializados. El listado completo con contactos se puede encontrar en la publicación "Cooperación Internacional en Salud. Perfiles de Donantes" de la OPS, en sus publicaciones impresas y electrónicas, y también en las publicaciones y página electrónica de la OECD.⁹ Muchas de las instituciones bilaterales mismas tienen representación nacional, donde es posible averiguar detalles específicos sobre sus programas.

Para los proyectos de inversión, algunos países como los EUA y Canadá tienen también programas asociados con las posibilidades de eventual exportación de bienes de capital ("*trade and development*") además de una serie de programas de crédito para las inversiones mismas. Estos programas son normalmente manejados por los especialistas en comercio (no de desarrollo) de las respectivas embajadas. Ultimamente, varios países del continente (ej. Brasil, Chile) han establecido agencias de cooperación, las que generalmente son efectivas en la provisión de recursos no financieros, en especial, cuando existe la posibilidad de una ulterior compra de recursos de capital y de lograr una efectiva cooperación técnica entre países.

Las entidades bilaterales responden a los intereses de sus países, los que van de lo comercial a lo político y muchas veces tienen definidas áreas y países de interés. Generalmente tienen arreglos bilaterales con algún ente central (normalmente los ministerios de planificación o de cooperación), y funcionan con ciclos presupuestarios anuales, aunque algunas preparan programas de mayor duración. Esta última modalidad tiene la ventaja de asegurar recursos si se participa en la negociación inicial, pero pierde en flexibilidad. Es indispensable estar al tanto de sus políticas, intereses y calendarios para postular oportunamente.

⁹OECD. Siglas en Inglés de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, entidad a la que pertenecen la mayoría de los países industrializados y que se preocupa de la coordinación y estandarización de sus prácticas de cooperación internacional.

La Unión Europea (UE) es un ente multinacional que tiene un rol creciente en la cooperación técnica internacional. El proceso de integración de muchos países de ese continente ha llevado no solo a una mayor coordinación de políticas de cooperación entre Estados Miembros, sino también a una acción coordinada a través de su contribución a la UE. La Unión Europea funciona para efectos prácticos como si fuera una entidad bilateral más.

♦ **Multilaterales**

Los organismos multilaterales son agentes intergubernamentales que agrupan a muchos países.

El Sistema Global de Naciones Unidas se especializa en la cooperación técnica y no en la financiera. En este sentido, su apoyo a la realización del PMIS es más probable que a la inversión resultante del mismo. Tiene organismos especializados en salud directa (Organización Mundial de la Salud (OMS) o indirectamente, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en salud ocupacional, y algunos fondos de uso específico como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y la Niñez (UNICEF) etc. Diversas publicaciones disponibles en los centros de información nacionales de las Naciones Unidas describen en detalle cada uno de ellos.

Los organismos especializados tienen tanto fondos propios provenientes de las cuotas de los miembros, como fondos extrapresupuestarios, los que tienen el carácter de voluntarios y son proporcionados para ciertos proyectos o iniciativas específicas. Su programación es anual pero algunas instituciones lo hacen cada dos o tres años. Existe representación del sistema en casi todos los países y la coordinación la realiza generalmente el representante del PNUD.

Muchas iniciativas no tienen la inversión en salud como tema central, pero puede ser un componente implícito. Por ejemplo, las intervenciones sobre la infancia del (UNICEF), benefician la atención materno infantil.

El sistema de la ONU se coordina con el gobierno a través de una oficina de cooperación internacional, generalmente radicada en el ministerio de planificación. La programación se hace de acuerdo a algún plan o prioridad nacional. Por lo tanto, es imprescindible que las inversiones y/o estudios asociados con las mismas estén incluidos en dicho plan para asegurarse las asignaciones de los recursos. Hay que recordar que muchas veces no es obvio para las oficinas de planificación el componente de salud de los proyectos en discusión.

Las agencias especializadas suelen tener relaciones directas con sus ministerios respectivos (ej. la OPS/OMS con el Ministerio de Salud). Si bien esta relación es muy importante, centrarse en ella exclusivamente cierra el acceso a una cantidad enorme de recursos alternativos.

El Sistema Regional Interamericano, su labor está centrada en apoyo de tipo político (Organización de Estados Americanos, OEA), en un programa importante de recursos humanos, principalmente becas (OEA), en apoyo mediante investigaciones y estudios técnicos (Comisión Económica para América Latina, CEPAL) y en cooperación técnica en ciertas áreas, principalmente salud, a través de la OPS. Esta última tiene un doble papel, siendo tanto el organismo especializado en salud de este sistema como la oficina regional de las Américas de la OMS.

Las instituciones financieras internacionales (IFI), actúan, generalmente, bajo la modalidad de préstamo. Aunque se especializan en aportes de capital, la tendencia reciente apunta también al uso de esta modalidad para financiar ajustes estructurales, donde se financian grandes reformas, pero sin componente de infraestructura física necesariamente.

Para los efectos del PMIS existen dos tipos de IFI, las globales y las regionales. Las globales están formadas por el grupo Banco Mundial (BM) y sus subsidiarias. Entre éstas, se destaca la Corporación Financiera Internacional (CFI) para el sector privado y la Asociación Internacional de Fomento (AIF), que opera solo en los países de menor desarrollo relativo. Otras subsidiarias son de menor interés para el sector salud. Entre las regionales, las principales son el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Caribeño de Desarrollo (BCD), el Banco Norteamericano de Desarrollo (BND), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y la Corporación Andina de Fomento (CAF). Estos tres últimos son de cobertura sub-regional ya que el BND solo cubre los países de la Asociación Norteamericana de Libre Comercio (NAFTA), el BCIE cubre América Central y la CAF cubre el área andina.

Algunos de estos bancos tienen representación en los países más grandes, pero tienden a funcionar en forma centralizada. La gran mayoría de las actividades de las IFI son de préstamo, aunque tienen un componente de cooperación técnica que en algunos casos no requiere ser reembolsable.

Por ser préstamos, la negociación interna de las inversiones envuelve generalmente a varios actores adicionales al sector salud, ya que el servicio de la deuda de un país lo realiza el ministerio de hacienda (o finanzas). Puede haber una serie de requisitos de conducta fiscal u otros (condicionalidades) asociados a los préstamos que no son administrados por el sector salud. El ministerio de salud no suele participar en las negociaciones de los otros agentes mencionados con las IFI.

El monto de las operaciones suele ser mayor que el manejado por otros agentes. Generalmente el préstamo no baja de los 10 millones de dólares. Los proyectos bilaterales o del sistema de la ONU rara vez exceden los dos millones de dólares, y el promedio está en torno a los 600 mil dólares.

Las IFI no tienen ciclos de programación comparables a las otras instituciones. Sobre bases "indicativas" se establece un diálogo de política con el país del cual se derivan, eventualmente, los proyectos. Si no se ha participado en la preparación nacional para dicho diálogo será difícil incluir el PMIS una vez hechos los acuerdos base. Las negociaciones y condicionalidades se establecen sobre la base de cada proyecto por separado.

Instituciones no gubernamentales sin fines de lucro

Dentro de estas instituciones existen dos grandes grupos, las financieras y las de cabildeo. Entre las primeras se incluyen una serie de fundaciones que se interesan en el sector social, como la Gates, la Ford y la Rockefeller. Las instituciones de cabildeo o abogacía persiguen causas específicas, como la diabetes o el cáncer (ej. International Diabetes Foundation). Las instituciones de base casi por definición son solo locales, aunque hay algunas asociaciones con sedes en varios países que pueden ayudar a la organización o a la abogacía, como es el caso de "Consumers International". Los recursos que se pueden movilizar a través de las ONG de cabildeo o de servicio (cuando corresponde) son generalmente no financieros. En algunos países se ha dado la creación de oficinas y subsidiarias para asumir la gestión de proyectos y programas específicos. Es posible aplicar en estos casos el concepto de administración delegada y de concesiones.

Al igual que las ONG locales, las internacionales tienen una flexibilidad muy variable. La mayoría tiene agendas y temas de interés específicos que es importante conocer a fin de establecer los vínculos necesarios cuando sean directos, o abrirlos cuando no lo sean, este es el caso de las instituciones internacionales interesadas en grupos específicos de población. Se debe hacer el esfuerzo de adecuar el punto de vista de "salud" a dichos intereses, en el

entendido que la intervención resultante mejorará las condiciones de salud de dicho grupo. Los ciclos de programación varían, aunque en las fundaciones más grandes suelen ser comparables a los de los organismos multilaterales. Hay diversos listados de las fundaciones que colaboran con el sector salud en la Región de las Américas.

Instituciones privadas

Las instituciones privadas son una gran cantidad de fundaciones creadas bajo la protección y financiamiento de empresas privadas de carácter internacional que pueden asumir diversas responsabilidades. Este es el caso del financiamiento dirigido hacia agentes gubernamentales y no gubernamentales, o a veces a la provisión de sus productos tales como farmacéuticos, transporte etc.

V.4. Criterios de política y estrategias

Se enumeran los principales temas que generalmente son analizados entre las partes que negocian el financiamiento de un proyecto. Hay temas de interés que pueden ser analizados en cada caso específico.

La sostenibilidad, se refiere a lo que ocurre en las instituciones y en el sector desde el punto de vista de los resultados e impactos una vez terminada la intervención. Por ejemplo, si la inversión se refiere a la construcción de un consultorio de atención primaria, se supone que su personal, recursos y mantenimiento correrá por cuenta de la comunidad, sea local o nacional. La negociación será mucho más sencilla si estos arreglos se señalan explícitamente en la documentación.

El impacto, se refiere a la búsqueda de efectos visibles de los proyectos en la población objetivo. Es decir, el proyecto además de señalar las actividades, deberá indicar cómo se evidenciará dicho efecto y a quién beneficiará. No es que los procesos para lograr dicho impacto no sean importantes, por el contrario se supone que responden a un serio análisis técnico. Pero, una vez realizada la intervención, dichos procesos deben reflejarse en impactos, sino es así, la conclusión es que los recursos se desperdiciaron.

Intervenciones descentralizadas. Si bien la mayoría de los agentes mencionados (con la excepción de algunas ONG solían interactuar con el gobierno central, hay una tendencia pronunciada a intervenir a niveles descentralizados subnacionales, o directamente con otras organizaciones de la sociedad civil.

Esta tendencia flexibiliza el sistema ya que los organismos e instituciones descentralizadas y/o de base tienen ahora la oportunidad de acceder a los recursos directamente. Sin embargo, esta tendencia también puede complicar las negociaciones en dos sentidos, por una parte, existe el riesgo de que la intervención directa de los agentes no considere las políticas nacionales específicas acerca de algunos temas. Por otra, también es posible que los mecanismos nacionales de control para la asignación y uso de los recursos no sean respetados.

Por lo tanto, aunque se buscan intervenciones descentralizadas, se siguen con muchas de las prácticas del pasado, incluyendo la necesidad de contactos en el nivel central. Esto se acentúa porque la mayoría de los agentes tratan de intervenir también en el nivel de políticas y grandes decisiones.

La fatiga de los donantes es otro factor importante de negociación. Los donantes pueden cansarse de seguir apoyando esfuerzos que no parecen capaces de resolver los

problemas planteados. En este sentido, uno de los temas más importantes se refiere a la sostenibilidad e impacto ya mencionados anteriormente.

La descentralización de las agencias, la mayoría de las entidades mencionadas tienden a descentralizar sus propias operaciones. Los organismos del sistema de la ONU, así como los regionales (OPS, BID) siempre han tenido oficinas nacionales. Sin embargo, en los últimos años tanto las bilaterales (con la excepción de Canadá que está tomando la línea opuesta) como el Banco Mundial también están abriendo oficinas locales cuya capacidad discrecional va en aumento.

La estrategia del co-financiamiento, es una herramienta poderosa. Los posibles socios prefieren tener la sensación de que tanto los costos de la inversión como el riesgo son compartidos. En particular les preocupa establecer el interés de la comunidad favorecida por el proyecto, el que suele ser medido por los fondos de contraparte, sean financieros o no financieros. Por lo anterior, resulta clara la importancia del buen diseño para la asignación correcta del papel y del aporte de los distintos socios.

La coordinación imprescindible, es necesario asumir que cada uno de los agentes tiene políticas y procedimientos diferentes, los que a su vez varían en el tiempo. Esto obliga a realizar dos tipos de esfuerzos, el primero es verificar las condiciones vigentes y ajustar los proyectos a ellas, el segundo es validar el PMIS que, como elemento ordenador, evitará la duplicación de esfuerzos y disminuirá los vacíos de cobertura. Esta estrategia optimizará el uso de los recursos y mejorará la eficiencia social de los programas.

V.5. Tipos de financiamiento

Muchos países tienen acceso directo al mercado internacional comercial de capitales pero esto no es común para el sector salud, por lo que este mecanismo no será tratado.

Préstamos

Los préstamos consisten en fondos de dinero avanzado al país (prestatario) para efectos específicos, y que deben ser devueltos al prestador bajo las condiciones negociadas. Su volumen rara vez es menor a un millón de dólares y puede ser mucho mayor (hasta miles de millones).

Sus condiciones incluyen:

- ♦ **Períodos de gracia**, es el período durante el cual no es necesario comenzar a amortizar el préstamo.
- ♦ **Plazo**, período durante el cual se amortiza el préstamo y sus intereses. Depende de la naturaleza del proyecto y de los montos involucrados.
- ♦ **Intereses**. Es el pago por el costo del dinero y de los factores de riesgo asociados al prestatario. Algunos países de menor desarrollo relativo tienen acceso a condiciones privilegiadas, como son plazos más largos de pago, períodos de gracia extendidos y menores tasas de interés.

Los préstamos no reembolsables, son generalmente concedidos por las IFI. Están relacionados con la preparación de los préstamos, rara vez exceden un millón de dólares, las duraciones son limitadas y pueden ser bastante importantes cuando las inversiones de capital no son muy grandes. Algunas IFI los llaman cooperación técnica.

Los créditos de exportación, son préstamos para operaciones comerciales de inversión de capital. Generalmente solo son aplicables a productos o servicios del país que

otorga el crédito. El volumen puede ser ilimitado y su duración depende del proyecto mismo. Se incluye aquí programas como los mencionados de "Trade and Development" que adelantan fondos de preinversión sobre la base de una posible inversión más adelante.

La cooperación técnica, ésta se asocia a los programas regulares de las agencias de cooperación técnica de los sistemas mencionados, incluyendo las bilaterales. Generalmente acompañan a programas negociados con el país en el nivel nacional, aunque se está abriendo la posibilidad de actuar con los niveles descentralizados. Con algunas excepciones bilaterales, el monto rara vez supera el millón de dólares y la duración no suele ser mayor de dos o tres años.

Donaciones, aparte de las donaciones de recursos no financieros (que cubren la mayoría de estos casos) este instrumento no suele ser muy importante en volumen (aunque sí en impacto), generalmente lo manejan los entes no gubernamentales. Para las donaciones de equipos e insumos médicos es recomendable que existan instancias que velen por su calidad. En el caso particular de los equipos médicos se debe considerar su grado de obsolescencia y sus costos, tanto de operaciones como del servicio técnico para su mantenimiento.

V.6. Arreglos institucionales

El campo para movilizar recursos es sumamente amplio y es imposible estar al tanto de todas las posibles combinaciones y sus ventajas y desventajas. Generalmente, las personas u organismos patrocinadores de los proyectos se concentran en los contenidos técnicos y la problemática local de la comunidad a la que sirven.

En cuanto a los contenidos administrativos y procedimientos legales, suelen estar a cargo de las unidades especializadas en el tema. Las unidades sectoriales se encuentran en el ministerio de salud y las unidades nacionales en los ministerios de planificación, cooperación, o relaciones exteriores. La mayoría de los agentes externos mencionados tiene representación nacional.

Un programa de contactos para la movilización de recursos podría incluir los siguientes pasos:

Contactos con las posibles fuentes locales. Ningún ente central puede estar más al tanto de lo que ocurre localmente que los entes locales. En general, se recomienda incluir otras posibles fuentes relacionadas con el tema, así como al sector no gubernamental local y no restringirse solo a las fuentes tradicionales del sector salud. En particular conviene enfocarse hacia las posibles fuentes de recursos tanto financieros (fundaciones locales) como no financieros (universidades, por ejemplo),

Contacto con las posibles fuentes nacionales. Una vez agotadas las fuentes locales, es necesario contactar a las unidades nacionales de movilización de recursos del sector salud, luego, a las unidades nacionales del sistema nacional de inversiones. Finalmente, el nivel político superior del gobierno tomará la última decisión.

Contacto con las autoridades nacionales de cooperación. Después de agotar las fuentes nacionales de fondos, es necesario contactar a las autoridades de cooperación internacional radicadas en el ministerio de cooperación cuando existe, o en los ministerios de planificación, hacienda o relaciones exteriores.

Contacto internacional. El paso siguiente es tomar contactos con el Sistema de Naciones Unidas. A partir de este momento, se inician los contactos con las agencias de cooperación, con las IFI y con las embajadas acreditadas (cuando no las agencias no tengan representación específica).

Revisión y complementación de la información. Una vez establecidas las posibles fuentes, hay que revisar la documentación existente y las páginas electrónicas, etc. para focalizar el análisis, ajustar la cartera a los formatos de cada fuente y evitar que el proyecto sea rechazado por falta de información o porque no es consistente con los objetivos nacionales y los objetivos de la fuente. Es necesario, además, complementar con una revisión sistemática de la literatura formal y de las bases de datos de Internet.

Ajuste de los proyectos. En esta etapa se requiere establecer contactos y acuerdos con las autoridades nacionales para las autorizaciones pertinentes, en el caso de comprometer recursos financieros nacionales.

V.7. Proceso de negociación de los recursos del PMIS

La obtención de recursos para el PMIS es el resultado de una serie de negociaciones que parten del nivel más local y que terminan en diferentes niveles del Estado de acuerdo con el grado de descentralización, con el desarrollo del sistema nacional de inversiones y de la disponibilidad de recursos.

En algunos países el proceso puede terminar en niveles subnacionales, en otros, la decisión de la inversión y la asignación de recursos será atribución del nivel nacional (con o sin sistema nacional de inversiones desarrollado). Otro grupo de países, que presenta mayor dependencia de capital externo, pasará rápidamente del nivel nacional al nivel internacional.

Las negociaciones con las fuentes de recursos van en paralelo con las negociaciones de prioridades y/o recursos con otros sectores al interior del gobierno. El ministerio de planificación —o las secretarías técnicas de la presidencia— es el principal responsable de la coordinación nacional de las inversiones y de las fuentes de financiamiento. El ministerio se enfrenta también a peticiones competitivas de todos los sectores y debe encontrar soluciones consistentes entre los planes y programas nacionales y los planes y programas sectoriales de salud.

Mercadeo

La experiencia indica que el éxito de las iniciativas del PMIS depende de su posicionamiento como un problema nacional del país. De allí la importancia de su preparación intersectorial y de la explicitación del marco político social y político sanitario en el que se desarrolla.

El objetivo es generar el marco político institucional para el PMIS. Este debe considerar al menos las siguientes cuatro fases:

- ♦ Establecer la gerencia del programa que incluya a los equipos encargados de los estudios de pre-inversión, de la ejecución y de la evaluación y seguimiento.
- ♦ Explicitar la matriz de los problemas de salud y sus estrategias de intervención.
- ♦ Elaborar y difundir un documento resumido acerca del PMIS.
- ♦ Establecer el plan de promoción y divulgación que comprenda el cabildeo político.

Formación del equipo de negociación

La selección del equipo debe considerar tanto su formación técnica específica como su probidad administrativa y su capacidad de negociación.

Especial relevancia tiene el conocimiento de las contrapartes (regulaciones, estructura, límites, historia), la experiencia previa en negociaciones, la actitud del equipo y el establecimiento de términos de negociación conocidos.

El equipo de negociación requiere de un programa de capacitación en negociación para prepararse mejor.¹⁰ En este programa se desarrollan y analizan los siguientes puntos:

- ♦ La constitución de los equipos.
- ♦ Los estilos de negociación, sus ventajas y desventajas.
- ♦ Criterios de selección de las herramientas adecuadas.
- ♦ Simulación de negociación.
- ♦ Criterios para identificar buenos negociadores.
- ♦ Formación del equipo negociador.

La capacidad de negociación es una especialización profesional. Tal como hay profesionales que dominan un tema pero no son los mejores gerentes, el dominar el contenido del PMIS no asegura que el profesional lo pueda negociar bien. Uno de los resultados del taller de negociación es la identificación de buenos negociadores, los que deben constituirse en equipos para las negociaciones mismas.

Los talleres permiten, además, una simulación de posibles situaciones que se puedan dar en el transcurso de las negociaciones. La experiencia indica que los participantes en los talleres de negociación se muestran satisfechos con la experiencia porque les ha ayudado a mejorar su desempeño.

Presentación

La presentación explicita las bases del PMIS, las políticas nacionales de desarrollo social y económico, las políticas nacionales de salud y su contexto político sanitario. Luego presenta la cartera de perfiles de proyectos de inversión priorizados y agrupados según áreas temáticas.

El PMIS puede ser presentado a:

- ♦ Autoridades nacionales del Estado.
- ♦ Agencias de cooperación, IFI y donantes.
- ♦ Medios de comunicación.
- ♦ Organizaciones de la sociedad civil.
- ♦ Actos públicos para permeabilizar a la opinión pública.
- ♦ Presentaciones específicas de proyectos seleccionados a ciertas fuentes.

Sabiendo cuáles son las entidades interesadas en el tema, se organizan contactos sistemáticos con todas ellas, en la que se presenta el PMIS. A veces se complementan estos contactos con visitas a las sedes de los distintos ministerios, comités interministeriales, agencias de cooperación, IFI y bilaterales. Pueden requerir desde convenios de programación entre instituciones nacionales y subnacionales hasta misiones de identificación para establecer acuerdos de cooperación entre países, entre el país y las agencias y entre el país y las IFI.

Es importante que al comenzar las reuniones, los posibles colaboradores hayan revisado el programa y preseleccionado los elementos que podrían ser de su interés. De ser posible,

¹⁰La OPS tiene un programa de negociación asociado al proceso de preparación del PMIS.

deberían llegar a la reunión con ofertas concretas de cooperación para ser negociadas y firmadas durante el evento.

Mesas redondas

Una alternativa a lo anterior, que requiere más organización pero menos tiempo de ejecución, es la realización de mesas redondas en que todos o parte de los posibles socios financiadores interesados se reúnen con el interesado en un solo tiempo y lugar. Esta fue la política adoptada para el PMIS de Cuba. Una ventaja es el efecto demostración, ya que la firma de algunos convenios logra un efecto demostración para que otros socios, financiadores potenciales, vean que hay interés y se sumen al esfuerzo. Por supuesto el efecto contrario también es posible: la alienación de algún socio potencial contagia a los demás. Pero una buena organización e inteligencia previa debería asegurar que no se produzca esta situación.

La mesa de negociación deberá cumplir con los siguientes objetivos:

- ♦ Presentar el PMIS.
- ♦ Establecer el interés en participar.
- ♦ Optimizar el uso de los recursos disponibles.
- ♦ Coordinar y lograr consistencia de los planes.
- ♦ Firmar acuerdos de financiamiento.

Preguntas orientadoras - Capítulo V

1. ¿Existe información sistematizada acerca de las fuentes de recursos nacionales e internacionales, financieros y no financieros, tanto gubernamentales como no gubernamentales?
2. ¿Hay fuentes nacionales de recursos, tanto del sector salud como intersectoriales?
3. ¿Qué recursos se utilizaron para formular el PMIS?
4. ¿Fueron considerados los recursos no-financieros (recursos humanos) locales y externos?
5. ¿Fueron considerados los recursos financieros locales?
6. ¿Se buscó la complementación financiera público-privada?
7. ¿Se utilizó la capacidad técnica local instalada?
8. ¿Se incluyeron la capacidad y los recursos locales en forma explícita?
9. ¿Se consideró el financiamiento de proyectos por etapas y se evaluó su factibilidad?
10. ¿Se consideró el ciclo del presupuesto nacional para elaborar la cartera de perfiles?
 11. ¿Se consideró la cooperación horizontal como fuente adicional de recursos no financieros?
 12. ¿Se conocen los tipos y el alcance de la cooperación técnica del Sistema de las Naciones Unidas?
 13. ¿Se conocen los mecanismos, los actores involucrados y las formas de relacionarse para la cooperación técnica del Sistema de Naciones Unidas?
 14. ¿Se conocen los tipos y el alcance de la cooperación técnica del Sistema Interamericano?
 15. ¿Se conocen los tipos y el alcance de la cooperación técnica de las IFIs?
 16. ¿Se conocen el listado y los objetivos de las Organizaciones no-gubernamentales dedicadas a la cooperación técnica, financiera, no financiera y de cabildeo?

17. ¿Se conocen el listado y los objetivos de las fundaciones y corporaciones privadas que aportan cooperación técnica financiera, no financiera y de cabildeo?
18. ¿Se consideraron los criterios de política y estrategia de los posibles socios para elaborar el plan de mercadeo de la cartera de perfiles de proyectos? Entre ellos, sostenibilidad, impacto, intervenciones descentralizadas, fatiga de los donantes, descentralización de las agencias, co-financiamiento y coordinación.
19. ¿Se consideraron los diversos tipos de financiamiento tales como préstamos, préstamos no reembolsables, créditos de exportación, cooperación técnica y donaciones?
20. ¿Se consideraron las condiciones de los préstamos (períodos de gracia, plazos e intereses)?
21. ¿Se consideró una secuencia de contactos con las posibles fuentes locales, las fuentes nacionales, las autoridades nacionales de cooperación y los contactos internacionales.
22. ¿Participaron las instancias subnacionales, nacionales e internacionales en el PMIS?
23. ¿Se posicionó el PMIS como un proyecto nacional del país?
24. ¿Se seleccionó el equipo de negociación por su formación técnica, por su probidad administrativa y por su capacidad de negociación?
25. ¿Si era necesario, se aplicó un programa de capacitación en negociación?
26. ¿Se realizó una presentación de las bases del PMIS, de las políticas nacionales de desarrollo, de las políticas nacionales de salud, del contexto sanitario y de la cartera de perfiles de proyectos?
27. ¿Se presentó el PMIS a las autoridades, agencias, IFIs, donantes, medios, sociedad civil, a ciertas fuentes y en actos públicos para permeabilizar a la opinión pública?
28. ¿Se realizaron mesas de negociación con los posibles socios?

Capítulo VI. Seguimiento y administración del PMIS

El éxito del proceso PMIS depende en alto grado de los arreglos que para su implantación seguimiento y administración se establezcan. El seguimiento del PMIS garantizará el control sobre su implementación y, además, brindará a las autoridades y a los gestores de los proyectos un mecanismo para la evaluación y actualización de los proyectos que conforman la cartera.

En este capítulo se define qué se entiende por seguimiento y evaluación, así como los elementos básicos para el manejo y seguimiento del PMIS. Los proyectos individuales del mismo tienen sus propios mecanismos de seguimiento.

VI.1. Seguimiento del PMIS

Como se señala a lo largo de los presentes lineamientos, el PMIS es un instrumento de planificación, negociación y gestión de corto, mediano y largo plazo. Sirve de marco ordenador de los proyectos de inversión, y hace posible el seguimiento y la evaluación de las políticas, estrategias y proyectos del sector. Además, por sus características, no debe verse como un paquete o conjunto rígido de proyectos, sino como un producto de carácter modular y flexible, capaz de adaptarse a cada etapa del proceso de planificación sectorial.

Las razones para efectuar el seguimiento y la evaluación del PMIS

Para garantizar que el PMIS sea un instrumento de planificación coherente con las orientaciones estratégicas y las políticas de salud del sector, así como para asegurar el correcto avance de las relaciones con los socios cooperantes debe dársele un seguimiento constante.

El PMIS debe actualizarse según se ejecutan los proyectos, según varían las políticas sectoriales y nacionales, y según cambia la realidad del sector y del país. De lo contrario, se corre el riesgo de que se convierta en un diagnóstico extemporáneo, cuyos proyectos no necesariamente sean concordantes con los problemas prioritarios y las estrategias para el desarrollo sostenible del sector salud en momentos posteriores a aquellos durante los que se elaboró. Es importante destacar que el PMIS es de duración definida (generalmente 4-5 años). Como tal debe ser sometido a una **evaluación de impacto** (o ex-post) una vez finalizado su período en el que habrá que revisar no solo la cartera de proyectos, sino también la matriz de problemas prioritarios y las estrategias, los campos temáticos y los criterios de priorización. El seguimiento, en cambio, sirve para ajustes **durante** el período de validez del PMIS.



La información requerida por los planificadores y los gerentes

El proceso de seguimiento y evaluación del PMIS y de sus proyectos puede ser de gran utilidad a gerentes y planificadores desde las siguientes perspectivas:

Identificación y selección de los proyectos y programas, sirve para asegurar que los enfoques sean consistentes con los objetivos de desarrollo nacional, que tengan una buena oportunidad de ser exitosos y que utilicen las estrategias más costo-efectivas para lograr sus objetivos.

Reemplazo, eliminación y terminación de proyectos, sirve para asegurar que la cartera mantenga su relevancia a través de la constante revisión que agregue, quite o reemplace proyectos según se satisfagan las distintas ofertas de financiamiento o cambie la demanda. Esta actividad incluye el manejo de proyectos aprobados parcialmente (por ejemplo una zona de dos) que se pueden seguir ofreciendo a otros posibles socios para la parte no financiada.

Efectividad y eficiencia de los proyectos, para determinar si los proyectos se están implementando eficientemente y si están dando respuesta a las necesidades de los supuestos beneficiarios, además de detectar y corregir problemas potenciales a la brevedad posible.

Efectividad y eficiencia sociales que pretende medir si los proyectos y programas que están en ejecución logran sus objetivos económicos y sociales, además de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo sectoriales y nacionales.

Impacto en el desarrollo que se utiliza para medir el impacto de los proyectos en el logro de objetivos de desarrollo de más amplio espectro, como pueden ser la protección del medio ambiente y la participación de la mujer y de grupos sociales minoritarios en actividades de índole económica, social y política.

Avance efectivo de los proyectos. En el nivel nacional es importante orientar la labor de evaluación tanto al seguimiento financiero y físico de la implementación del colectivo de proyectos como a la valoración de la sostenibilidad de los mismos, la calidad de los proyectos de desarrollo socioeconómico, y la distribución de los beneficios entre grupos socioeconómicos o por zonas geográficas. Es importante también mencionar hasta qué punto los proyectos han logrado el impacto deseado. Esto mismo se puede aplicar a los niveles subnacionales (provinciales, departamentales, estatales y locales).

Cumplimiento de acuerdos con los socios proveedores de recursos. En general los socios proveedores de recursos tienden a agrupar los proyectos, aunque tengan gerencias distintas. Así, una falla de producir informes en la fecha especificada de un proyecto suele interpretarse como "el país XXX no cumple" más que como falla del proyecto específico. Por ello, corresponde a la gerencia del PMIS asegurar que el intercambio de información (aunque no necesariamente su contenido, que es de responsabilidad del proyecto mismo) de todos los proyectos se haga oportuna y correctamente, así como otras actividades de naturaleza "macro" como transferencias colectivas de fondos y negociaciones de condiciones generales.

Mantenimiento de Información sobre socios cooperantes. Esta actividad es a veces realizada por el sistema nacional de inversiones, pero en cualquier caso corresponde a la administración del PMIS mantenerse al tanto de la situación de los socios cooperantes tanto activos como potenciales. Esto incluye desde datos básicos (contactos, direcciones) hasta comprender la política de cooperación, áreas de interés y otras características que faciliten la movilización de recursos.

Conviene recordar que cada proyecto presentado debe tener su propio plan de seguimiento que es parte del diseño y que se finaliza durante la negociación. Aquí se discute el

seguimiento del PMIS mismo, para lo que a nivel de proyecto, basta con saber sus elementos más agregados.

El propósito del proceso en el nivel PMIS, además de saber lo que está pasando, es corregir y hacer seguimiento a los compromisos acordados y establecer una memoria institucional sobre los intereses de los distintos socios y colaboradores. Esto incluye los temas y proyectos que les interesan como los que no les interesan. Esta base de datos después puede ser usada como punto de partida base para futuros planes o inversiones.

Contenidos del programa de seguimiento de proyectos del PMIS

Como mínimo, el programa de seguimiento de los proyectos debería tener la siguiente información:

♦ **General**

- Título del proyecto
- Población beneficiada
- Área geográfica afectada
- Duración
- Indicadores de seguimiento y evaluación
- Equipo de preparación responsable del diseño
- Equipo (unidad, persona) responsable de la ejecución

♦ **Estado del proyecto**

- En preparación
- En negociación (con quién, resultado de las negociaciones, cuándo)
- En ejecución
- Finalizado
- Eliminado (porque no hay interesados, cambiaron las prioridades, etc.)

♦ **En negociación**

- Programa de presentación a socios interesados y no interesados a priori
- Intercambios de negociación (fechas)
- Acuerdo firmado (fecha)
- Observaciones al proyecto de los distintos socios

♦ **Ejecución**

- Solicitud de recursos (cantidad y fecha de solicitud)
- Intercambio (fecha)
- Recepción de recursos (cantidad y fecha)
- Indicadores de evaluación (impacto)
- Indicadores de seguimiento con avance físico-financiero
- Revisiones (fechas)
- Envío informes (fecha comprometida y efectiva)

Avance efectivo del PMIS

El seguimiento del PMIS como un todo complementa pero no reemplaza el seguimiento de cada uno de los proyectos incluidos en el mismo. En la mirada global del PMIS es necesario describir sus variables más relevantes:

- ◆ Avances en la ejecución de la cartera
- ◆ Incorporación de nuevos proyectos
- ◆ Modificación de escenarios presupuestarios
- ◆ Modificación de las prioridades sanitarias
- ◆ Modificación de las prioridades políticas
- ◆ Ajustes por otros proyectos en negociación y en ejecución
- ◆ Modificación de los campos temáticos
- ◆ Eventos inesperados (catástrofes, guerras, etc.)
- ◆ Ajustes de aproximación a socios cooperantes potenciales

Sistema de seguimiento de socios. Para este efecto, es necesario crear una base de datos (que puede ser subsidiaria de la que tenga la autoridad nacional de cooperación técnica o inversión), en la que se registren los contactos principales de los distintos socios, sus políticas, los acuerdos marco (no específicos a proyectos), y la referencia a los acuerdos de proyecto. Además se deben incluir aquí notas y otra información relevante de otros orígenes (por ejemplo las embajadas).

VI.2. Evaluación

Aunque no se tratará aquí en detalle, como ya mencionamos, el PMIS debe ser sometido a un proceso de evaluación una vez finalizada su duración. Este proceso deberá responder a preguntas como las siguientes:

- ◆ ¿Cumplió el PMIS con sus objetivos explícitos?
- ◆ ¿Se lograron otros impactos no esperados? Por ejemplo, se mejoró el sistema de planificación de la autoridad sanitaria.
- ◆ ¿Conviene repetir la experiencia para el próximo período?
- ◆ De ser así, ¿se debería conservar la estructura, los arreglos institucionales, los socios tanto internos como externos? ¿Cuáles habría que reemplazar, agregar?

El equipo técnico necesario

Así como es necesario explicitar las características técnicas y políticas del equipo de trabajo que elaborará el PMIS, también es necesario disponer de un equipo de trabajo multidisciplinario, capacitado y con atribuciones para evaluar. Sus resultados serán puestos en conocimiento de la autoridad sectorial para que tome las decisiones de abortar, redireccionar o continuar cada proyecto en particular y el PMIS en general.

Del mismo modo, es necesario decidir si el país requiere de un directorio político-técnico a quien se reportará el equipo técnico y el cual será encargado de recomendar el curso a seguir a la autoridad sectorial nacional.

VI.3. El equipo de manejo del PMIS

Como cualquier proceso, el PMIS necesita de un equipo que maneje sus actividades, una vez finalizado el proceso de preparación de la cartera. Por supuesto, utilizar al personal que ha participado en la preparación de la cartera tiene la ventaja de que ya conocen a todos los participantes. Sin embargo, las habilidades pueden no ser las necesarias para la actividad anteriormente mencionada, por lo que hay que analizar las capacidades de dicho equipo antes de hacer la transferencia automáticamente.

La decisión sobre si este equipo será independiente o adscrito a alguna dependencia de la institución que solicitó el PMIS es de carácter local. Las dimensiones del equipo dependerán del tamaño y alcance del PMIS. Por ejemplo, en el ámbito sectorial, es concebible un equipo bastante mayor que a nivel estrictamente del MINSA o de algún municipio. En cualquier caso deberá haber capacidad al menos para ejercer las siguientes funciones:

- ♦ Coordinación y enlace con otras autoridades y planes de inversión
- ♦ Seguimiento y mantenimiento de la base de datos de la cartera de proyectos y sus distintas funciones de transferencia de recursos, informes, etc. A veces se utiliza personal que se especializa por socio o por tema.
- ♦ Seguimiento y mantenimiento de la base de datos de los cooperantes, función que puede variar en importancia según el grado de articulación con el sistema nacional de inversiones o de cooperación. En un extremo se pueden tener especialistas en los distintos socios, en el otro basta con tener un enlace con quien maneje el tema en el país.
- ♦ Facilitamiento de diseño de proyectos. En algunos países, el proceso de diseño de proyectos ha resultado difícil, por lo que el equipo del PMIS ha debido estar disponible para facilitar procesos de diseño. Nuevamente es posible hacerlo con personal externo ad-hoc, centros de capacitación u otros sistemas, pero alguien debe coordinar las actividades.
- ♦ Las tareas de evaluación del PMIS, o de atención a proyectos o relaciones con problemas se suele hacer con personal externo, pero se debe contar con personal del equipo para que lo coordine.

Naturalmente, el equipo debe ir acompañado del personal de apoyo, tener acceso a computadoras y apoyo de informática necesarias. En todo caso, el mínimo personal para una situación pequeña, como es un municipio, consistiría en un coordinador (puede ser a tiempo parcial), un funcionario profesional y uno de apoyo.

Preguntas orientadoras - Capítulo VI

1. ¿Es el PMIS coherente con las políticas nacionales y las de salud?
2. ¿Fue definido el período de validez del PMIS y acordados sus criterios de evaluación?
3. ¿Se evaluó el impacto del PMIS en el desarrollo?
4. ¿Se hace seguimiento al avance efectivo de los proyectos, tanto financiero como físico desde el PMIS?
5. ¿Se evalúa el cumplimiento de los acuerdos con los socios proveedores de recursos?
6. ¿Se mantiene informado a los socios acerca del avance y de las dificultades para ejecutar los proyectos?
7. ¿Se mantiene un listado de socios cooperantes activos y potenciales?

8. ¿Tiene cada proyecto su propio plan de seguimiento? ¿Se mantiene en operación el plan?
9. ¿Se ordenan los proyectos según el estado en que se encuentran?
10. ¿Se analizan los proyectos en negociación?
11. ¿Se evalúa el estado de avance de los proyectos en ejecución?
12. ¿Se fijan y se prueban los criterios de avance efectivo del PMIS?
13. ¿Se organizó una base de datos para registrar a los socios principales en cuanto a sus políticas, objetivos, acuerdos marco existentes, contactos y especificidades?
14. ¿Cumplió el PMIS con sus objetivos explícitos?
15. ¿Se lograron otros impactos no esperados?
16. ¿Conviene repetir la experiencia para el próximo periodo?
17. ¿Existe un equipo técnico calificado para hacer seguimiento y evaluar el PMIS?
18. ¿Existe un equipo político y técnico para redireccionar el PMIS?

Glosario de términos

ALC: América Latina y el Caribe.

Actividades: Acciones sustantivas que deben llevarse a cabo dentro del proyecto para lograr los resultados esperados.

Confiabilidad: Es el grado al cual las acciones repetidas producen los mismos resultados.

Eficacia: Es la medida del nivel de logro de los resultados esperados. Indica hasta qué punto las actividades ejecutadas dieron lugar a la resolución de problemas definidos en el análisis de los mismos. Los resultados y los indicadores deben haberse enunciado con precisión al comienzo para que sea posible comparar el desempeño concreto con el desempeño planificado.

Eficiencia: Es la relación entre los resultados y los recursos utilizados. Es el grado hasta el cual se ejecutan, administran y organizan las actividades de un proyecto de una manera apropiada y al menor costo posible para rendir los productos y/o componentes esperados.

Efectividad: Es el grado en el cual un proyecto logra los resultados previstos, alcanzando así su propósito y contribuyendo a su fin.

Especificidad: Significa que el indicador mide solo aquellos cambios que tienen que ver con la situación o el fenómeno en cuestión.

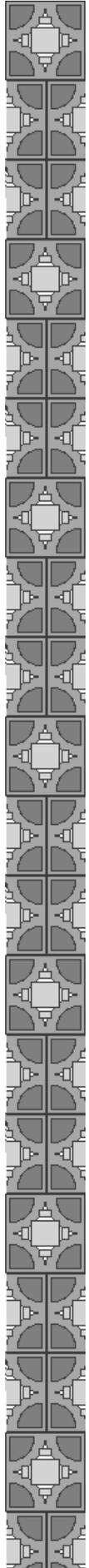
Evaluación: Es un examen independiente y sistemático de un proyecto para determinar su relevancia, eficiencia y eficacia, el desempeño e impacto (esperado y no esperado), y la sostenibilidad y la pertinencia de sus objetivos.

Evaluación ex-ante: Es el análisis del proyecto durante su preparación y negociación (antes de comenzar su ejecución).

Evaluaciones ex-post: Las evaluaciones ex-post y de impacto se realizan una vez ejecutado el proyecto, incluyen la valoración de sus efectos de su sostenibilidad potencial. Se concentran en las áreas de eficacia, eficiencia, efectividad y propósitos. Son requisitos de organismos financiadores.

Evaluación operativa (seguimiento): Es la valoración continua de la implementación de un proyecto respecto de los tiempos acordados y al uso de insumos, infraestructura y servicios. El seguimiento brinda una retroalimentación de la implementación en forma permanente a gerentes y actores involucrados en el proceso. Asimismo, identifica éxitos o problemas, tanto actuales como potenciales, de manera temprana, facilitando de esta manera la incorporación de los necesarios ajustes a la operación del proyecto. A veces se utiliza el anglicismo monitoreo para expresar este término.

Impacto: Corresponde a la solución del problema atacado por el proyecto. Los cambios producidos por la ejecución del proyecto pueden ser positivos o negativos, directos o



indirectos, intencionales o no intencionales. Generalmente dependen tanto del proyecto como de otros factores fuera del control de la gerencia del mismo.

Indicadores: Los indicadores definen con mayor precisión los enunciados de los objetivos. Deben incluir cantidad, calidad y tiempo (CCT). Las características de un indicador son: validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad.

Insumos: Se refiere a los recursos materiales necesarios para desarrollar el proyecto.

Objetivo específico: El objetivo específico enuncia lo que se espera lograr con el proyecto mismo. A su vez, debe contribuir al logro del fin. Enuncia la situación que se espera que prevalezca al final del proyecto. La definición de los resultados, actividades y recursos fluye a partir del (de los) objetivo(s) específico(s).

Objetivo general: El objetivo general hace hincapié en el largo plazo. Por definición, el proyecto solo no puede lograr el fin. El logro del fin exigirá la ejecución de proyectos complementarios afines o de otros esfuerzos y puede depender de condiciones externas como las políticas gubernamentales u otros proyectos de cooperación. Debe haber un solo objetivo general al cual se orienta un proyecto.

Recursos: Los recursos son la materia prima del proyecto e incluyen recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos y financiamiento. Se determinan mediante un análisis de las actividades que se llevarán a cabo como parte del proyecto.

Resultados esperados: Son los servicios y/o productos que el proyecto brinda a una población objetivo para producir los impactos esperados, y que están bajo el control del proyecto y su gerencia.

Sensibilidad: Significa que el indicador reflejará los cambios.

Validez: Significa que el indicador mide lo que se supone que tiene que medir.

Bibliografía

- Antelo, J: El sistema de salud en Cuba y la reforma, en: Reforma del Sector salud en el Área Andina. Memoria del Foro Subregional de Ministros de Salud en la Región Andina. Abril 1996, Ministerio de Salud Ecuador, Quito, octubre 1996.
- Banco Interamericano de Desarrollo: Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos (Marco lógico), Washington, DC, 1997.
- Banco Interamericano de Desarrollo: Marco lógico para el diseño y conceptualización de proyectos, Oficina de Evaluación, BID, 1995.
- Banco Mundial: Monitoring and Evaluation: Making Headway. OED Précis. World Bank, Washington, DC, febrero 1995.
- Banco Mundial: Economic Evaluation of Investment Operations. World Bank, Operational Manual: Operational Policies. Washington, DC, septiembre 1994.
- Banco Mundial: Building Evaluation Capacity. Lessons and Practices (Operations Evaluation Department). World Bank, Washington, DC. noviembre 1994.
- Banco Mundial: Designing Project Monitoring and Evaluation, Serie Lessons & Practices, Número 8, Washington, DC, 1996.
- Baum Warren C.; Stokes M. Tolbert: La inversión en desarrollo, Parte III, Editorial Tecnos, S.A.
- CEPAL. El balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2000, diciembre 2000.
- Cercone, J. y T. García - Concheso: Memoria del Seminario sobre Reforma del Sector Salud en Costa Rica: Su viabilidad política y sostenibilidad financiera. Proyecto de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, CCSS, 1998.
- Consejo Nacional de Salud. Ministerio de Salud: Análisis del sector salud del Paraguay, Asunción, Paraguay, junio, 1998.
- ILPES: Guía para la identificación y formulación de proyectos de salud, ILPES, Santiago de Chile, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud: Enfoque lógico para la gestión de proyectos. Manual del instructor, Washington, DC, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: Plan maestro de inversión en ambiente y salud en el estado de Chihuahua, México, (PIAS: Serie Estudios No. 28), Washington, DC, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud: Plan regional en ambiente y salud para América Latina y el Caribe, OPS/DSI/95-001, (original: Inglés), Washington, DC, 1995.



- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales de agua potable y saneamiento, (PIAS: Serie Informes Técnicos No. 1), Washington, DC, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos metodológicos para el análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud, (PIAS: Serie Informes Técnicos No. 2), Washington, DC, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en residuos sólidos (PIAS: Serie Informes Técnicos No. 4), Washington, DC, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud (PIAS: Serie Informes Técnicos No. 6), Washington, DC, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995 - 1998, Washington, DC, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud: Formato normalizado para el diseño de perfiles y documentos de proyecto de la OPS, Washington, DC, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud: Condiciones de salud en las Américas 1998, Washington, DC, 1998, vol. 2.
- Organización Panamericana de la Salud: La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud, Washington, DC, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, Washington, DC, CD40/13, español, setiembre 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud, HSO-HSP, Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, mimeo, Washington, DC, marzo, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud: Plan maestro de inversiones en ambiente y salud de Panamá. Cartera de proyectos de inversión prioritarios, Ministerio de Salud, Panamá, 1995, (borrador).
- Organización Panamericana de la Salud: Plan maestro de inversiones en salud de Cuba. Cartera de proyectos de inversión, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud: Cooperación Internacional En Salud. Perfiles de Donantes, Washington, DC, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud: Financiamiento de Proyectos en el Sector Salud: Directorio de fundaciones donantes de Estados Unidos de América y Canadá para América Latina y el Caribe, Washington, DC, 1994
- Organización Panamericana de la Salud: Marco de referencia para la implementación del PIAS, (Serie Documentos No.3), Washington, DC, 1994
- Organización Panamericana de la Salud: Sistema de planificación, programación y evaluación de la cooperación técnica AMPES, (Serie RITCH/Informe Técnico OPS/DAP/98.5), Washington, DC, 1998.
- Pan American Health Organization: Funding for Health Projects. A Guide to European Private Foundations, Washington, DC, 1994.
- Pinto, M.: Hacia un nuevo concepto de inversión en el sector salud, (PIAS: Serie Documentos No. 2), Washington, DC, 1994.

- República de Cuba. Ministerio de Salud: La salud una opción para la solidaridad y la amistad. Plan maestro de inversiones en salud de Cuba”, La Habana, setiembre, 1997.
- Rosenberg, H: Métodos de evaluación previa de proyectos de cooperación técnica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996; 120(3).
- United Nations: Basic Facts About the United Nations, New York, 1998. Esta publicación se puede solicitar en varios idiomas, incluyendo, por supuesto, el español.
- Valadez, J.; Baremberg, M.: Monitoring and Evaluating Social Programs in Developing Countries. A Handbook for Policymakers, Managers and Researchers. EDI Development Studies. Banco Mundial, Washington, DC, 1994.

Anexo. Lista de participantes en la reunión de Evaluación de Experiencias de Campo en la Utilización de PMIS

(Washington, D.C., del 6 al 8 de diciembre de 2000)

Brasil

Dra. Patricia R. Machado Leal
Coordinadora Área Proyectos Especiales
Ministerio de Salud
Ed. Sede MS-8º andar - Sala 823
Esplanada dos Ministerios
Brasilia, Brasil
Tel.: (61)315-2046
E-mail: patricia.raupp@saude.gov.br

Chile

Dr. Cleofe Molina
Hospital Roberto del Río
Martin de Zamora 3371 Dept. 804
Las Condes
Santiago, Chile
Tel.: 56-2-228-4651
Cell.: 56-9-818-0994
Fax: 56-2-735-0725
E-mail: molinacl50@hotmail.com

Dra. Pilar Contreras
Jefa de Departamento de Inversiones
Ministerio de Planificación
Ahumada 48, 7º. Piso
Santiago, Chile
Tel.: 56-2-675-1658
E-mail: Pcontrer@mideplan.cl

Dr. Ignacio Astorga
Jefe División de Inversiones y Desarrollo
de la Red Asistencial (DINRED)
Ministerio de Salud
Santiago, Chile
E-mail: dinred@minsal.cl

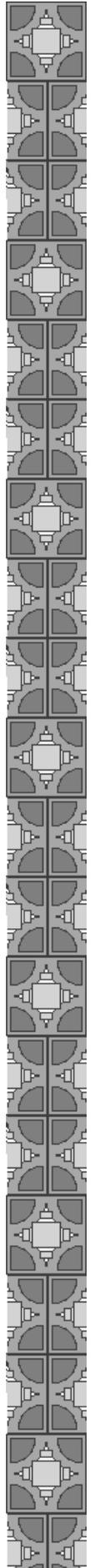
Colombia

Dra. Carmiña Moreno
Directora
Servicios Públicos Domiciliarios
Ministerio de Desarrollo Económico
Carrera 13 No. 28-01 Piso 5
Edificio Bancafe
Bogotá, Colombia
Tel.: 57-1-282-6352
Fax: 57-1-282-2329
E-mail: cmoreno@sias.gov.co
cmor2001@hotmail.com

Cuba

Dr. Víctor Ariosa Abreu
Ministerio de Salud Pública
La Habana, Cuba
E-mail: ariosa@msrint.sld.cu

Dr. Mario A. Pichardo
OPS/OMS
Oficina Sanitaria Panamericana
Calle 4 No. 407, entre 17 y 19 Vedado
Apartado Postal 68
La Habana, Cuba
Tel.: (537) 55-2526
Fax: (537) 66-2075
E-mail: pichardm@cub.ops-oms.org



Honduras

Dr. Carlos Samayoa
 Representante OPS/OMS
 Oficina Sanitaria Panamericana
 Edificio Plaza Gujarros
 Quinto Piso, Calle Principal
 Colonia Lomas del Gujarro
 Tegucigalpa, Honduras
 Tel.: 504-221-3721
 Fax: 504-221-3706
 E-mail: samayoac@hon.ops-oms.org

Sr. Sergio Carías
 Director de División de Planificación
 Secretaría de Salud
 Edif. Principal, 3r. Piso
 B° El Centro
 Tegucigalpa, Honduras
 Tel.: (504) 222-1656
 Fax: (504) 238-1210
 E-mail: estadist@ns.paho-who.hn

Nicaragua

Ana María Cerulli
 Directora de Relaciones Externas
 Ministerio de Salud
 Managua, Nicaragua
 Tel./Fax: (505) 289-4101

México

Santiago Echevarría Zuno
 Instituto Mexicano del Seguro Social
 Coordinación de Planeación e
 Infraestructura Médica
 Alvaro Obregón No. 121 1er Piso
 Colonia Roma 06700
 México, D. F., México
 Tel.: 525-208-43-95
 Fax: 525-208-51-44
 E-mail: sans@internet.com.mx

Dr. Manuel Vásquez
 Coordinador de Programas de Salud
 SEDESOL
 San Antonio Abad #124, 4to Piso

Col. Tránsito 06820 Edificio "C"
 México, D.F., México

USAID

Susan Bacheller
 Consejera Técnica
 USAID
 5.09-100 Fifth Floor
 Ronald Reagan Building
 Washington, D.C. 20523-5900
 Tel: (202) 712-5905
 Fax: (202) 216-3262
 Email: sbacheller@usaid.gov

Karen Kavanaugh
 Global Bureau
 USAID/G/PHN/HN/HPSR
 Ronald Reagan Building
 Washington, D.C. 20523-3710
 Tel: (202) 712-5859
 Fax: (202) 216-3702

Banco Mundial

Mr. Ricard Lacort
 HNP Economist
 The World Bank
 1818 H Street, NW
 Room H 7-263
 Washington, DC 20433

OPS

Dr. Daniel López-Acuña
 Director
 División de Desarrollo de Sistemas y
 Servicios de Salud
 Organización Panamericana de la Salud
 525 23rd St., N.W.
 Washington, D.C. 20037
 Tel.: 202-974-3221
 Fax: 202-974-3613
 E-mail: lopezdan@paho.org

Dr. José Luis Zeballos
 Coordinador
 Programa de Organización y Gestión de
 Sistemas y Servicios de Salud

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3215
Fax: 202-974-3641
E-mail: zeballoj@paho.org

Sr. Bernt Andersson
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3212
Fax: 202-974-3641
E-mail: anderssb@paho.org

Dr. César Gattini
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3225
Fax: 202-974-3641
E-mail: gattinic@paho.org

Dr. Alberto Infante
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3818
Fax: 202-974-3641
E-mail: infantea@paho.org

Dra. Sandra Land
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3214
Fax: 202-974-3641
E-mail: landsand@paho.org

Dr. Eduardo Levcovitz
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3649
Fax: 202-974-3641
E-mail: levcovie@paho.org

Dra. Matilde Pinto
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3823
Fax: 202-974-3641
E-mail: pintomat@paho.org

Dra. Priscilla Rivas-Loria
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3876
Fax: 202-974-3641
E-mail: rivaspri@paho.org

Ing. Hernán Rosenberg
Programa de Organización y Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: 202-974-3195
Fax: 202-974-3641
E-mail: rosenbeh@paho.org

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 3- Análisis del Sector Salud en Paraguay (Versión Preliminar). (Español solamente)
- 4- Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud. (Español e Inglés)
- 5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998). (Español e Inglés)
- 6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. (Español solamente)
- 7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo. (Español solamente)
- 8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. (Español solamente)
- 9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. (Español solamente)
- 10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. (Español solamente)
- 11- Cuentas Nacionales de Salud: México. (Español solamente)
- 12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú. (Español solamente)
- 13- Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (Versión Preliminar). (Español solamente)
- 14- Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua. (Español solamente)
- 15- Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (Versión Preliminar). (Español solamente)
- 16- Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. (Inglés solamente)
- 17- Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance. (Inglés solamente)
- 18- Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform. (Inglés solamente)
- 19- Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud. (Español solamente)
20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies. (Inglés solamente)
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999). (Español solamente)
- 22- State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization. (Inglés solamente)
- 23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance. (Inglés solamente)
- 24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop. (Inglés solamente)
- 25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua. (Español solamente)
- 28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002. (En preparación)
- 29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
- 30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America. (Inglés solamente)
- 32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study. (Inglés solamente)

- 33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study. (Inglés solamente)
- 34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study. (Inglés solamente)
- 35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. (Español solamente)
- 36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
- 37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America. (Inglés solamente)
- 39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case. (Inglés solamente)
- 40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case. (Inglés solamente)
- 41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case. (Inglés solamente)
- 42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)
- 43- Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo Capacidad para Mejorar el Desempeño de la Reforma del Sector Salud y las Organizaciones de Salud. (Español e Inglés)
- 44- Reembolsos Basados en el Desempeño para Mejorar el Impacto: La Evidencia de Haití. (Español e Inglés)
- 45- Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 46- Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana. Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. (Español e Inglés)
- 47- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Un Desafío Crítico para la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 48- El Uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe. Informe sobre el Foro Regional. Salvador, Bahía, del 3 al 5 de mayo de 2000. (Español/Inglés)
- 49- Comparative Analysis of Social Insurance in Latin America and the Caribbean. (Inglés, para versión en español referirse a la publicación No. 3 de la Edición Especial)
- 50- Provider Payment Alternatives for Latin America: Concepts and Stakeholders Strategies. (Inglés, para versión en español referirse a la publicación No. 4 de la Edición Especial)
- 51- Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la publicación No. 5 de la Edición Especial)
- 52- Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la publicación No. 6 de la Edición Especial)
- 53- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Guía del Capacitador. (Español e Inglés)

Ediciones Especiales

- 1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe. (Español solamente)
- 2- Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud. (Español solamente)
- 3- Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe. (Español, para versión en inglés referirse a la publicación No. 49 de la Edición Regular)
- 4- Alternativas de Pago a los Proveedores para América Latina: Conceptos y Estrategias de las Partes Interesadas. (Español, para versión en inglés referirse a la publicación No. 50 de la Edición Regular)
- 5- Guía para la Capacitación Prospectiva con ejemplos de América Latina. (Español, para versión en inglés referirse a la publicación No. 51 de la Edición Regular)
- 6- El Pago Prospectivo por Caso Hospitalario en América Latina: Una Guía Metodológica. (Español, para versión en inglés referirse a la publicación No. 52 de la Edición Regular)
- 7- Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de Planes Maestros de Inversiones en Salud. (Español solamente)

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org> y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"