

PD- ARY-351  
120865

# REPUBLICA DE EL SALVADOR



## Evaluación del Proyecto Piloto Salud – ONG's 1999

*Una estrategia para la extensión de la cobertura  
a comunidades rurales de difícil acceso  
basada en la compra de servicios de atención primaria de salud a  
Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)*

**Evaluación Realizada por el Proyecto BASICS  
con Financiamiento de USAID  
durante el período del 31 de enero al 17 de febrero de 2000**

# BASICS

**San Salvador, El Salvador, marzo de 2000**

## RECONOCIMIENTOS

La evaluación del Proyecto Piloto Salud ONG / 1999 fué financiada bajo un contrato de la United States Agency for International Development (USAID) con el Proyecto BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival). USAID El Salvador apoyó el trabajo a través del liderazgo del Sr. Terrence Tiffany, Director de La Oficina de Salud y el apoyo de la Licda. Margarita de Lobo, Gerente de Proyectos, quienes además retroalimentaron este reporte. Los resultados de esta evaluación fueron presentados a Oficiales y Personal Técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de El Salvador, Ejecutivos y Personal Técnico de las cinco Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) que participaron en el Proyecto, así como a Representantes de USAID, UNICEF, OPS, BASICS, MSH y otros organismos internacionales el 17 de febrero de 2000 en San Salvador, El Salvador. El presente documento es el reporte tecnico completo de la evaluación realizada.

Los autores de esta evaluación quieren agradecer al personal del nivel central, departamental y local del Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador, por haber compartido documentos y participado en las entrevistas con el equipo de evaluación. La licenciada Patricia de Reyes, Gerente Administrativa del Proyecto Salvadoreños Saludables (SALSA) fue de especial ayuda al proporcionar al equipo información y documentos sobre la historia del proyecto. Los Directores Departamentales de Salud y sus equipos dieron, generosamente, parte de su tiempo para contestar las preguntas del equipo evaluador.

De igual manera, los evaluadores agradecen a todo el personal ejecutivo, técnico y los promotores de salud de las cinco ONG's que participaron en la ejecución del proyecto de contratación por servicios de salud con el MSPAS en 1999: FUSAL, ASAPROSAR, CALMA, AMS y OEF. Cada una de estas organizaciones proporcionaron documentos e informes y participaron en las entrevistas con el equipo de evaluación, dando también generosamente parte de su tiempo. Agradecen también a todos los líderes comunales y usuarios entrevistados en las áreas de trabajo en los Departamentos de Sonsonate, Chalatenango, Morazán, Cuscatlán y Ahuachapán, ya que brindaron valiosos aportes que enriquecieron la presente evaluación.

Finalmente los autores quieren agradecer a la Dra. Patricia de Quinteros, Representante del Proyecto BASICS en El Salvador; a la Sra. Lillian de Hughes, Asistente Administrativa de la oficina de BASICS El Salvador y a los Lic. David Nelson y Nathalie Barboza del Proyecto BASICS en Washington D.C. por su apoyo.

El equipo de Evaluación del Proyecto Piloto Salud ONG/ 1999 estuvo compuesto por:  
Lic. Sarah Johnson, MSW, MPH, Consultora de BASICS y Oficial de Programas de MSH,  
Dr. Miguel Angel Linares, Asesor Técnico, Proyecto BASICS, El Salvador, y  
Dr. Javier Lorenzana, MPH, Consultor del Proyecto BASICS, El Salvador.

**CONTENIDO**

<b>I. RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>II. INTRODUCCION .....</b>	<b>7</b>
<b>III. EL PROYECTO PILOTO SALUD – ONG’S 1999.....</b>	<b>9</b>
<b>CONTEXTO.....</b>	<b>9</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO PILOTO SALUD – ONG’S 1999 .....</b>	<b>12</b>
<b>IV. OBJETIVOS DE LA EVALUACION.....</b>	<b>17</b>
<b>V. METODOLOGIA DE LA EVALUACION.....</b>	<b>18</b>
<b>VI. RESULTADOS DE LA EVALUACION .....</b>	<b>20</b>
ANÁLISIS DEL DISEÑO Y LA PLANEACIÓN DEL PROYECTO .....	20
ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA COMUNIDADES RURALES .....	22
ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SERVICIO Y EL CONVENIO DE GESTIÓN CON LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES.....	23
ANÁLISIS DEL ALCANCE DE OBJETIVOS Y METAS .....	27
ANÁLISIS FINANCIERO.....	31
ANÁLISIS DE RELACIONES DE TRABAJO, PUNTOS DE ACUERDO Y/O DESACUERDO ENTRE EL MSPAS Y LAS ONG’S.....	33
ANÁLISIS DE CALIDAD.....	35
ANÁLISIS DE IMPACTO.....	36
<b>VII. LECCIONES APRENDIDAS.....</b>	<b>37</b>
<b>LECCION 1.....</b>	<b>37</b>
<b>LECCIÓN 2.....</b>	<b>37</b>
<b>LECCIÓN 3.....</b>	<b>38</b>
<b>LECCIÓN 4.....</b>	<b>38</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>GESTIÓN DEL PROYECTO PILOTO.....</b>	<b>39</b>
<b>IMPACTO DEL PROYECTO: .....</b>	<b>39</b>
<b>MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL PROYECTO PILOTO .....</b>	<b>39</b>
<b>MODELO FINANCIERO .....</b>	<b>40</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO IV.....</b>	<b>53</b>

## ABREVIATURAS

AMS	Asociación para la Autodeterminación y el Desarrollo de las Mujeres Salvadoreñas.
APSISA	Proyecto de Apoyo a los Sistemas de Salud.
ASAPROSAR	Asociación Pro Salud Rural.
BASICS	Basic Support for institutionalizing Child Survival.
USAID	Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional.
CALMA	Centro de Apoyo a la Lactancia Materna.
CONASA	Comisión Nacional de Salud.
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos.
FUSAL	Fundación Salvadoreña para la Salud.
GOES	Gobierno de El Salvador.
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
MSH	Management Sciences for Health.
OEF	Asociación para la Organización y Educación Empresarial Femenina.
ONG	Organización No Gubernamental.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
SALSA	Proyecto de Salvadoreños Saludables.
SETEFE	Secretaría Técnica del Financiamiento Externo

## I. RESUMEN EJECUTIVO

Es de dominio público que la escasa o nula cobertura con servicios básicos de salud a poblaciones del área rural históricamente postergadas ha sido uno de los problemas más importantes de la Salud Pública en los países en vías de desarrollo.

El Salvador es un país que no ha escapado a ese flagelo socio económico, mayormente cuando ha estado inmerso en un largo y desgastante conflicto bélico.

Desde antes de los acuerdos de paz (firmados en 1992), se venían haciendo esfuerzos para extender la cobertura de los servicios de salud, apoyados por distintos gobiernos extranjeros. Estos esfuerzos eran efectuados tanto por el sector público (el MSPAS) como por una gran cantidad de ONG's, siendo el proyecto PROSAMI y el de la SETEFE/MSPAS (financiados por USAID) los más representativos por haber aglutinado alrededor de 35 ONG's, las cuales cubrían a aproximadamente 500,000 habitantes, en su mayoría de áreas rurales de muy difícil acceso. Ambos proyectos finalizaron en 1998.

A partir de ese mismo año, USAID y el MSPAS acordaron implementar un Plan de Cobertura con el fin de facilitar el acceso a los servicios básicos de salud a las poblaciones rurales de más difícil acceso. En parte, esto daría continuidad a los esfuerzos en atención primaria de salud que se desarrollaron bajo la influencia de esos dos grandes proyectos antes mencionados.

Una de las estrategias del plan consistía en contratar ONG's (con sus respectivos equipos técnicos y promotores de salud) para que brindaran los servicios básicos de salud en comunidades clasificadas como Prioridad I por el MSPAS, para lo cual se les asignó un monto per cápita de ₡108.00 (CIENTO OCHO COLONES).

Las ONG's que fueron contratadas (bajo el Proyecto Piloto Salud – ONG 1999) son:

- Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Social (FUSAL),
- Asociación para la Organización y Educación Femenina (OEF),
- Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR),
- Asociación para la Autodeterminación y el Desarrollo de Mujeres Salvadoreñas (AMS),
- Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA)

La estrategia de contratación de ONG's para extender la cobertura de servicios de salud es importante porque cada día hay más interés en este mecanismo de provisión de servicios, por parte de muchos gobiernos de América Latina y el Caribe y varios organismos financieros.

Este proceso es bastante común ahora en varios países. En El Salvador, por ejemplo, se sabe que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) compra el servicio de atención de partos de bajo riesgo a un hospital privado desde hace varios años.

Considerando lo anterior y con el objeto de aprender de las lecciones que ha dejado durante 1999 esta modalidad operativa de provisión de servicios a través de ONG's, BASICS —a solicitud de USAID/El Salvador— realizó la presente evaluación cuyo objetivo principal era el de analizar los procesos de diseño, planeación, contratación, implementación y monitoreo del proyecto Salud – ONG's 1999.

La información fue recabada por un equipo de tres profesionales que, durante 3 semanas, revisaron documentos (planes, acuerdos, contratos, etc.), efectuaron entrevistas a los trabajadores de salud tanto del MSPAS como de las ONG's además de usuarios de los servicios, y efectuaron observación en el terreno en visitas a comunidades rurales de cinco departamentos.

Durante la evaluación se pudo establecer que hubo varias dificultades, la mayoría de ellas prevenibles. Entre las más importantes se pueden mencionar la falta de capacitación del sector público y el de ONG para manejar, de la manera más eficiente, este tipo de relaciones contractuales; la falta de comunicación, la enorme carga de actividades asignadas a las ONG's y la falta de objetividad para fijar metas realistas en función de lo complejo que resulta trabajar al nivel comunitario en tan corto tiempo, la falta de supervisión y asistencia técnica en el campo, la falta de un sistema de monitoreo y evaluación, la falta de previsión de ciertos elementos de carácter legal y administrativo y por lo tanto el atraso (por 3 meses) de la firma de los contratos.

Desafortunadamente, tampoco hay evidencias de que se haya aprovechado la experiencia acumulada en el proyecto SETEFE/MSPAS (que tenía ya 2 años de estarse implementado), especialmente en lo referente al sistema de información, monitoreo y evaluación.

Sin embargo, lo negativo no es lo relevante en este caso aunque podemos aprender mucho de ello. Vale la pena destacar que hubo muchas cosas positivas como producto del proyecto: el modelo de atención primaria aplicado resultó ser integral (enfocado a la prevención, promoción de la salud pero también a la morbilidad de varios grupos etáreos), multidisciplinario y conocido y avalado por el MSPAS. Por otro lado, a pesar de las limitaciones de tiempo (sólo 9 meses efectivos de implementación), de las dificultades geográficas para acceder a las comunidades priorizadas, de la gran dispersión entre una y otra comunidad (en algunos casos distaban muchos Km. entre sí), de la incertidumbre legal de las acciones (el contrato se firmó hasta 3 meses después de haber iniciado operaciones lo que hizo que el primer desembolso se efectuara bastante tarde), las ONG's alcanzaron logros significativos. Podríamos afirmar que el mayor logro fue el de haber cubierto a una población total de 117,653 habitantes de las comunidades Prioridad I, a quienes se les brindó atenciones de salud primaria y se promovió la organización comunitaria.

En conclusión, se podría decir que la contratación de ONG's o la compra de sus servicios de atención primaria de salud, parece ser una valiosa estrategia para que el MSPAS pueda cubrir efectivamente las áreas rurales del país. Pero que antes de comenzar un proceso de contratación, las capacidades institucionales del sector público y del sector ONG deben ser fortalecidas para que el proceso de compra de servicios sea eficiente, dirigido a resultados, costo – efectivo y beneficioso para las comunidades rurales. Y como corolario, se hace énfasis en que es necesario establecer este tipo de alianzas sobre la base de una visión compartida de “ganar – ganar”, a fin de conseguir con el menor esfuerzo y con la mayor rapidez posible, la cobertura total de las comunidades rurales del país con los servicios básicos de salud.

En consecuencia, es recomendable pasar de una etapa experimental a un proceso sostenido de desarrollo de las experiencias exitosas , como es el caso del proyecto evaluado, pero sin olvidar que es necesario capacitar al personal involucrado en el proceso.

## II. INTRODUCCION

Uno de los objetivos fundamentales del MSPAS es ampliar la cobertura de los servicios de salud y continuar fortaleciendo la descentralización de los mismos a nivel de las áreas rurales del país. En 1998, el MSPAS y la USAID/El Salvador llegaron a un acuerdo para implementar un Plan de Cobertura del MSPAS con el fin de facilitar el acceso a los servicios básicos de salud a las poblaciones rurales más desprotegidas del país.

El plan se inició en enero de 1999 con el financiamiento de USAID, bajo el Proyecto SALSA. El plan consistía en dos estrategias:

- 1) Reclutamiento y empleo de 240 Promotores de Salud a través del Ministerio de Salud para dar cobertura a la población de las áreas rurales que no contaban con dicho recurso y que estaban alejadas de servicios institucionales de salud, y
- 2) Contratación de cinco Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) de salud para proporcionar servicios de atención primaria en otras áreas rurales de difícil acceso en los Departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, Usulután, Chaletenango, San Miguel, Cuscatlán, San Salvador y Morazán. Previo al contrato con las ONGs, las comunidades asignadas a las ONG's en estos Departamentos fueron clasificadas por el MSPAS como comunidades de *Prioridad I* (es decir, poco accesibles, sin promotor de salud y con índices de salud desproporcionadamente insuficientes).

Las ONG's que participaron dentro de esta estrategia (bajo el denominado Proyecto Piloto Salud - ONG 1999) son:

- Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Social (FUSAL),
- Asociación para la Organización y Educación Empresarial Femenina (OEF),
- Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR),
- Asociación para la Autodeterminación y el Desarrollo de Mujeres Salvadoreñas (AMS)
- Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA)

Durante 1999 las ONG's brindaron servicios de atención primaria en las áreas rurales que les asignó el MSPAS. Dichos servicios estuvieron a cargo de médicos, enfermeras y promotores de salud.

La evaluación de esta estrategia de la contratación a ONG's para extender cobertura de servicios de salud en áreas rurales es importante porque cada día hay más interés en muchas partes de America Latina y El Caribe, de extender la cobertura de servicios de salud a grupos y comunidades desprotegidas. La *contratación*, un intercambio de servicios formalizados con anticipación por un contrato que compromete tanto al comprador de los servicios como al proveedor de los mismos a las condiciones de dicho intercambio, representa una estrategia para extender cobertura, ya que es sabido que el sector público no cuenta con todos los recursos necesarios para cubrir a toda la población. El comprador de servicios es el mismo sector público (Ministerio de Salud) y el proveedor puede ser una institución pública o privada (ONG o sector privado con fines de lucro). Este proceso de contratación es común,

aunque no por eso limitado, para componentes no clínicos y no preventivos; por ejemplo, la contratación entre el sector público y el sector privado para proveer los alimentos de los pacientes hospitalizados o del personal, servicios de lavandería, de seguridad, etc.

La contratación de ONG's para la provisión de servicios de salud por parte del sector público en salud lleva ya varios años en Estados Unidos, Europa y otras partes del mundo, y está emergiendo como una estrategia en varios países en desarrollo. En El Salvador el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) compra el servicio de atención de partos de bajo riesgo a un hospital privado, desde hace algunos años.

A principios del año 2000, USAID pidió al Proyecto BASICS llevar a cabo una evaluación del Proyecto Piloto Salud - ONG 1999, desarrollado bajo la modalidad de compra de servicios básicos de salud. BASICS, en las semanas comprendidas entre el 31 de enero y el 18 de febrero de 2000, organizó un equipo de tres personas, independientes al proceso de contratación realizado en 1999, para evaluar el proceso y los resultados de los 12 meses de contratación de las 5 ONG's.

El presente reporte describe la evaluación realizada y los resultados encontrados. Resume además las lecciones aprendidas de este proyecto piloto y hace recomendaciones.

### III. EL PROYECTO PILOTO SALUD – ONG's 1999 (PARA LA COMPRA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD)

#### Contexto.

La población estimada de El Salvador para 1998 era de 6,031,326 habitantes con una distribución de 57.8% en el área urbana y 42.2% en el área rural<sup>1</sup>. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL '98, la población salvadoreña se ha caracterizado por mantener tasas relativamente altas de natalidad, mortalidad y migración interna. La mortalidad y la migración interna y externa fueron afectadas drásticamente a raíz del conflicto socio político que duró desde finales de la década de los '70 hasta principios de la década de los '90. La esperanza de vida al nacer, en promedio de 69.4 años, en el área rural es de 66 años en comparación con la del área urbana en donde es de 72.3 años.

En El Salvador, los índices de pobreza son altos: el 48.3% de la población se encuentra en situación de pobreza: el 28.7% de ella, en pobreza relativa, y el 19.6% en pobreza extrema, la cual alcanza su mayor expresión en el área rural del país. El salario mínimo en el campo es de ₡900.00 colones mensuales, lo que implica que una familia promedio de 5 personas<sup>2</sup> sobreviven con ₡24.00 diarios. En cuanto al Índice de Desarrollo Humano manejado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que califica a los países en función de la esperanza de vida, el nivel educativo y el ingreso ajustado, El Salvador ocupa el lugar 107 entre 174 países<sup>3</sup>.

A la fecha, muchos cantones siguen teniendo poca accesibilidad a los servicios de salud. La distancia (cuantificada en términos de tiempo que se tarda en llegar) a la unidad de salud más cercana es de entre 30 minutos y 7 horas a pie, en condiciones normales. Si bien es cierto han habido cambios significativos en los últimos 10 años a nivel rural, los servicios básicos aún son insuficientes. Por ejemplo, solamente el 32.2% de los hogares rurales cuentan con servicio intradomiciliar de agua; el 61%, cuenta con luz eléctrica y en cuanto a la educación, el 7.5% de los niños entre 7 y 14 años de edad nunca han asistido a la escuela.

Los individuos más vulnerables a enfermedades y muerte por enfermedades prevenibles son las mujeres y los niños. Los indicadores de salud —promedio a nivel nacional—, no representan fielmente la situación de salud que existe en el área rural, donde usualmente se dan los extremos negativos, lo que explica la existencia de un marcado contraste en la salud de los habitantes urbanos y rurales, debido a las peores condiciones económicas en el campo y la distancia a los servicios. Entre los indicadores más importantes tenemos:

- Razón de Mortalidad materna: 20 por 100,000 nacidos vivos
- Tasa de Mortalidad infantil: 35 por 1,000 nacidos vivos
- Tasa de Mortalidad neonatal: 17 por 1,000 nacidos vivos
- Porcentaje de desnutrición (*grave + severa*) en niños de 3 – 59 meses: 25.6%
- Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA): 22%
- Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs): 34%

<sup>1</sup> Estas proyecciones poblacionales se realizaron sobre la base del Censo Poblacional realizado en 1992 por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

<sup>2</sup> Según estudios de la misma institución de estadísticas y censos, la familia rural está compuesta por un promedio de 5.4 miembros.

<sup>3</sup> Según el Informe sobre el Desarrollo Humano, PNUD 1999.

Según la FESAL '98, la población en el área rural que nunca ha usado un método de planificación familiar duplica al área urbana (31.1% y 14.7%, respectivamente); el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al menos un control prenatal fue del 76%. La precocidad con que se da el primer control del embarazo (es decir, durante el primer trimestre de gestación) varía del área urbana al área rural. En la ciudad, el 66% de las mujeres que salen embarazadas son captadas en el primer trimestre de su embarazo; mientras que en el campo sólo el 50.3% es captada en dicho período. Del total de niños y niñas que nacieron entre marzo de 1993 y febrero de 1998, el 90% tuvo al menos un control de crecimiento y desarrollo, aunque en el área rural este porcentaje fue menor.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA's), las enfermedades diarreicas agudas (EDA's) y los problemas específicos del período perinatal siguen siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años en el país.

La mayoría de la gente pobre del área rural no cuenta con los recursos para pagar a médicos privados y tampoco están afiliados al ISSS. A pesar de que hay servicios de salud del MSPAS en todo el país, muchas personas viven alejadas de estas Unidades de Salud, tal como se ha expresado anteriormente, y aunque estos establecimientos proveen un servicio importante a la población, cuentan con limitantes como carencia de personal, vehículos y otros recursos necesarios para ser efectivos y, generalmente, están saturados de pacientes.

Históricamente, el MSPAS se ha esforzado por facilitar el acceso de los servicios de salud a la población rural, principalmente por medio del levantamiento de infraestructura periférica y equipamiento (nuevas Unidades de salud, Casas de la Salud), el empleo de promotores de salud para la atención de las comunidades, el apoyo a programas como malaria y parteras, la implementación de brigadas médicas periódicas y ferias de la salud. De 1986 a 1999, USAID también financió el Proyecto de Apoyo a los Sistemas de Salud (APSISA), para reforzar y apoyar al MSPAS a proveer servicios básicos de salud, incluyendo servicios de cuidado primario y preventivo, importantes para el proyecto de Supervivencia Infantil del MSPAS.

Pero también, en las últimas dos décadas las ONG's, aunque en menor escala, también se han dirigido a mejorar el acceso y la disponibilidad de los servicios básicos de salud.

En el sector ONG, el Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI), financiado por la USAID, que inició en 1991 y terminó en 1998, benefició a alrededor de 450,000 habitantes del área rural, residentes en 422 cantones a nivel nacional, mediante el trabajo unificado de 450 Promotores Rurales de Salud, aglutinados en una red de 35 ONG's. El Proyecto PROSAMI atendía prioritariamente mujeres y niños. A la vez trataba de orientar las acciones a la familia a fin de mejorar su micro y macro ambiente, fomentando fuertemente la organización y participación comunitaria. En 1996, 18 de estos organismos pasaron a formar parte de un proyecto piloto de cobertura de salud a través de ONG's, bajo un convenio entre el Gobierno de El Salvador (GOES) y de los Estados Unidos de América, con fondos estadounidenses manejados por la Secretaría Técnica del Financiamiento Externo (SETEFE), con el apoyo técnico del MSPAS. Ambos proyectos terminaron en 1998.

El Proyecto SALSA, financiado por USAID, para ser ejecutado por el MSPAS, inició en 1998 en apoyo al Objetivo Estratégico de AID de "Alcanzar Mejoras Sostenibles en la Salud de Mujeres y Niños".

El propósito del Proyecto SALSA es *mejorar el acceso de la población rural pobre a servicios de salud reproductiva y de supervivencia infantil de la mayor calidad posible, y mejorar el marco de políticas y reforma del sector salud, además de fortalecer a las instituciones que apoyan y mantienen estos servicios*. Esto se logrará a través de apoyo técnico y una cantidad limitada de apoyo para la adquisición de bienes al MSPAS y otras entidades ejecutoras públicas y privadas. Entre otros resultados que se esperan obtener con el proyecto SALSA, el cual tendrá una duración de 5 años, están los siguientes:

1. Incrementar el uso de prácticas y servicios apropiados de supervivencia infantil,
2. Incrementar el uso de prácticas y servicios apropiados de salud reproductiva, y
3. Fortalecer el desarrollo de políticas que apoyen la sostenibilidad de los programas de supervivencia infantil y salud reproductiva.

El proyecto piloto salud - ONG 1999, que se describe más adelante y sujeto de evaluación en este reporte, es parte del Proyecto SALSA.

Cabe mencionar también, que se han dado importantes pasos en la reforma del sector salud durante la última década. En 1994, el Grupo de Reforma del Sector Salud en su documento de trabajo "Documento Guía Para la Reforma del Sistema de Salud" hablaba ya de un sistema de salud con políticas nacionales, de objetivos sectoriales orientados a la cobertura universal, de un enfoque de salud integral con la participación privada (con y sin fines de lucro) en la provisión de los servicios, de la participación de la comunidad, de una gestión administrativa descentralizada y un financiamiento sostenible.

Al inicio de 1999, la Comisión Nacional de Salud (CONASA) emitió los Lineamientos Para la Reforma del Sistema de Salud, en los cuales se habla de *un modelo de atención integral* que incorpora acciones de fomento, promoción y educación para la salud, prevención y curación de la enfermedad, restauración y sostenimiento de la salud. Comprende acciones dirigidas a las personas en función de sus condiciones demográficas, económicas, sociales y culturales, lo mismo que acciones y programas orientados a la protección del medio ambiente. También hace mención de *un modelo de gestión*, bajo el cual el nivel central se fortalece en sus aspectos normativos y regulatorios y en el ejercicio de sus funciones de rectoría y de coordinación, y la aplicación de un proceso gradual de descentralización. Así mismo, se refiere a un *modelo de provisión de servicios* y plantea la apertura a la participación de diferentes modalidades privadas en la entrega de servicios (con y sin fines de lucro). Finalmente, describe *un modelo de financiamiento* a través del cual se persigue la aplicación del principio de solidaridad en el sostenimiento del sistema de salud, a través de un sistema tributario. En cuanto al principio de equidad, se menciona que los recursos financieros deberán ser asignados a los proveedores de salud, de acuerdo a la población que cubren y los servicios que proporcionan.

Actualmente existen cinco diferentes propuestas de reforma del sector salud que están siendo discutidas.

Al mismo tiempo, en el Plan de Gobierno llamado “La Nueva Alianza” se habla entre otras cosas, de trasladar en forma gradual la administración de los recursos y competencias del gobierno central a los gobiernos locales, implementando nuevas modalidades de prestación de servicios en las que participen los mismos gobiernos locales, las comunidades y otros proveedores de salud, fortaleciendo y consolidando programas de atención integral en salud.

#### ***Descripción del Proyecto Piloto Salud – ONG’s 1999***

##### Planeación del Proyecto

En junio de 1998 en vísperas de la terminación de los proyectos PROSAMI y SETEFE/MSPAS, los cuales dejarían alrededor de 450 comunidades rurales desprotegidas (aproximadamente unas 500,000 personas), se inició el desarrollo del Plan de Cobertura.

En septiembre de 1998, la Dirección General de Salud del MSPAS terminó de elaborar el documento “Plan de Transición Para La Cobertura de Los Servicios de Salud, Comunidades Rurales Sin Promotor de Salud”. USAID aprobó el Plan de Cobertura, el cual quedó incluido como parte del Convenio de Donación del Objetivo Estratégico “Alcanzar Mejoras Sostenibles en la salud de Mujeres y Niños” entre los gobiernos de los Estados Unidos de America y El Salvador, dentro del Proyecto SALSA.

Como se mencionó antes, este Plan consistía en:

- 1) Reclutar y emplear 240 nuevos promotores de salud por parte del MSPAS, para cubrir cantones y caseríos sin promotores, y
- 2) Extender la cobertura a áreas rurales de difícil acceso, a través de la compra de servicios de atención primaria a ONG’s.

Esta segunda estrategia, objeto de la presente evaluación, es nueva en el MSPAS porque aún cuando el MSPAS ha coordinado con el sector ONG en el pasado, esta representa la primera vez que *contrata* los servicios de salud a ONG’s. El Sr. Terrence Tiffany de USAID y el Ministro de Salud llegaron a un acuerdo que AID financiaría la totalidad del proyecto piloto Salud - ONG 1999, y que el Ministerio de Salud continuaría el financiamiento del mismo, con fondos GOES, en el año 2000

Para enfocar debidamente los recursos del Plan de Cobertura, el MSPAS clasificó las comunidades rurales en Prioridad I, II y III. En base a criterios definidos (cantones y caseríos sin promotores, cantones de difícil acceso a los servicios de salud, cantones con altos índices de problemas de salud, entre otros). Las comunidades Prioridad I, es decir, las comunidades rurales más desprotegidas, representaron el objetivo primario del Plan de Cobertura.

En 1998 se produjo un documento que describe el objetivo general y los objetivos específicos del Proyecto Piloto Salud – ONG's de la siguiente manera:

Objetivo general:

“Aumentar la cobertura para la atención de los servicios preventivos en Comunidades Rurales de Riesgo Prioridad I”.

Objetivos específicos:

- Mantener las coberturas de vacunación
- Ampliar las coberturas de planificación familiar y el cuidado de la salud reproductiva
- Fortalecimiento de la prevención de IRA's y EDA's
- Ampliar la cobertura de saneamiento básico
- Atención del parto de emergencia por personal capacitado
- Control de enfermedades producidas por vectores
- Fortalecimiento del desarrollo de nuevos modelos de atención

Entre los resultados esperados de este proyecto están los siguientes:

- desarrollo de nuevos modelos de atención en salud,
- mantener coberturas útiles de vacunación,
- ampliar la cobertura de planificación familiar y el cuidado de salud reproductiva,
- prevención de IRA's y EDA's,
- ampliar la atención de saneamiento básico, agua, letrina y basura, y
- disminuir la mortalidad materna e infantil.

Los indicadores de progreso contemplados en la descripción del proyecto incluyen:

- El 80% de viviendas con letrina
- El 50% de mujeres y/u hombres (pareja) planificando con métodos temporales: orales, inyectables, DIU y de barrera
- Coberturas de vacunación iguales o superiores al 90%
- Disminución de IRA's y EDA's en un 50%
- El 80% de viviendas con agua clorada
- Número de controles post-parto

En octubre de 1998, el MSPAS convocó a reunión a diez ONG's de salud, para informarles de la intención de contratar a algunas ONG's para participar en el Proyecto Piloto Salud – ONG's 1999. Por el carácter de urgente que tuvo la implementación del proyecto, no hubo una licitación pública sino privada, y por lo mismo no fue abierta a todas las ONG's del sector.

Concomitantemente iniciaron un proceso de pre-calificación sobre las diez ONG's convocadas, a fin de determinar si cumplían con los siguientes criterios de pre-calificación (requeridos necesariamente para ser tomadas en cuenta en el proceso de adjudicación):

1. Capacidad instalada (recursos humanos, recursos financieros, recursos físicos, equipos, etc. )
2. Credibilidad y aceptación de la comunidad
3. Capacidad de gestión financiera (liquidez financiera demostrable)
4. Aceptación y cumplimiento de normas del MSPAS
5. Aceptar firmar los compromisos de gestión con el Director Departamental según las prioridades de atención de salud, identificadas por el nivel departamental
6. Coordinación satisfactoria con las Direcciones Departamentales del MSPAS
7. Capacidad de Promotores de Salud de las ONG's
8. Baja rotación de personal
9. Apolítico, no religioso ni militar

Aplicando estos criterios el MSPAS precalificó a 5 ONG's luego de evaluar, mediante visitas a las respectivas sedes de las ONG's convocadas, la veracidad de la información que éstas habían enviado. También pidieron información sobre ellas a las Direcciones Departamentales de Salud.

En noviembre 1998, se convocó a una reunión a las 5 ONG's pre-seleccionadas. En dicha reunión les entregaron unos Términos de Referencia<sup>4</sup> y les pidieron que hicieran una propuesta técnica y económica, la que fue entregada al MSPAS el 22 de diciembre 1998.

En los primeros días de enero de 1999 el MSPAS devolvió las propuestas con algunas observaciones para su inmediata corrección por las ONG's.

A finales de enero de 1999, luego de haber entregado una segunda propuesta que contenía las correcciones requeridas, las 5 ONG's fueron notificadas que habían ganado la licitación y que serían contratadas. En el proceso de adjudicación intervinieron altos funcionarios del nivel central del MSPAS.

El financiamiento del Proyecto Piloto Salud - ONG 1999 provino de fondos de USAID El Salvador a través de la SETEFE, por un monto total de ₡13,125,000.00 (TRECE MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL COLONES), con la indicación que dicho proyecto debía ser ejecutado en apoyo a las actividades del proyecto SALSA, Convenio de Donación No. 519-0430. Del monto total, ₡12,280,788.00 (el 93.6%) fueron destinados a las ONG's y ₡844,212.00 (el 6.4%) al MSPAS para cubrir salario del Director Ejecutivo del Proyecto y gastos administrativos a nivel central y departamental.

A las ONG's se les estableció una asignación per cápita de ₡108.00 (CIENTO OCHO COLONES), por lo que la asignación total para cada una de ellas varió de acuerdo a la población total que se comprometieron a cubrir.

---

<sup>4</sup> En los términos de referencia dados a las ONGs, el MSPAS especificó los servicios de atención primaria a comprar y el perfil deseado y la estructura del equipo técnico y de los promotores. En dicho documento no fueron especificadas las metas a ser alcanzadas.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ASIGNACION**

Porcentaje	Rubro Gasto	Colones
18	Medicamentos	19.44
6	Insumos Medicos	6.48
50	Salarios	54.00
6	Apoyo Institucional	6.48
15	Gastos administrativos	16.20
5	Promocion y Educacion	5.40
<b>100%</b>		<b>108.00</b>

Implementación del Proyecto Piloto

Las cinco ONG's que fueron notificadas de su selección en enero de 1999 son:

1. Fundación Salvadoreña para la Salud y El Desarrollo Social (FUSAL)
2. Asociación para la Organización y Educación Empresarial Femenina de El Salvador (OEF)
3. Asociación Salvadoreña Pro Salud Rural (ASAPROSAR)
4. Asociación Para la Autodeterminación y el Desarrollo de Mujeres Salvadoreñas (AMS)
5. Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA)

Estas ONG fueron contratadas para trabajar en comunidades rurales de los siguientes departamentos<sup>5</sup>:

- Sonsonate y Usulután : FUSAL
- Chalatenango y San Miguel : OEF
- Ahuachapán y Santa Ana : ASAPROSAR
- Cuscatlán y San Salvador : CALMA
- Morazán : AMS

El cronograma de actividades antes de y durante 1999 se puede observar en la siguiente página.

<sup>5</sup> Un mapa de los departamentos asignados a cada ONG se puede encontrar en el Anexo A. Un listado completo de las Comunidades asignadas por municipio y departamento se pueden encontrar en el Anexo B de este documento.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO PILOTO SALUD ONG**

EVENTO	1998						1999												
	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
SETEFE informa a ONG's de la posibilidad del proyecto	■																		
MSPAS informa a ONG's la posibilidad de participar en el proyecto SALSA			■																
MSPAS convoca a 10 ONG's y solicita propuesta preliminar				■															
MSPAS realiza visitas de precalificación ONG				■															
MSPAS convoca 5 ONG's precalificadas					■														
ONG's presentan propuesta preliminar						■													
ONG's presentan segunda propuesta							■												
Notificación y asignación de áreas de trabajo a ONG's seleccionadas							■												
MSPAS y ONG's firman primer contrato								■											
ONG's realizan Diagnostico de salud							■	■											
Firma de convenios de gestión								■	■	■									
Ejecución de actividades del proyecto								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación del primer semestre														■					
Reprogramación de metas de último trimestre.															■				
MSPAS informa imposibilidad de continuar en el 2000																■			
USAID informa de extensión a marzo del 2000																	■		

#### **IV. OBJETIVOS DE LA EVALUACION**

El objetivo general fue el de evaluar el cumplimiento del contrato y el proceso de contratación del Proyecto Piloto Salud - ONG 1999.

Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar el proceso de diseño, planeación, contratación, implementación y monitoreo del proyecto de compra de servicios a las ONG's durante 1999, incluyendo la descripción de la asociación entre el MSPAS y las ONG's que haya resultado de la contratación de un año, y la identificación y evaluación de los problemas que ocurrieron.
- Analizar el grado de cumplimiento de metas y expectativas de todos los participantes (MSPAS, ONG's, USAID, etc.)
- Extraer lecciones aprendidas de la experiencia.
- Formular recomendaciones para todos los interesados sobre cómo el MSPAS y las ONG's pueden trabajar conjuntamente de la manera más productiva en el futuro basados en esta experiencia, para llenar las necesidades básicas de salud de la población rural de escasos recursos (objetivo del proyecto SALSA).

## V. METODOLOGIA DE LA EVALUACION

En el período de tiempo destinado para esta evaluación (tres semanas), el equipo de evaluación implementó la siguiente metodología para obtener la información necesaria para satisfacer los objetivos de la evaluación:

1. Revisión documental de los planes, acuerdos, contratos, convenios, desembolsos, cronología del proyecto, informes mensuales y finales, evaluaciones e instrumentos de trabajo del proyecto.
2. Entrevistas a profundidad con personal clave del MSPAS, ONG's y de la Misión de USAID El Salvador, quienes estuvieron involucrados en la planeación, implementación y/o monitoreo del proyecto.

Durante las entrevistas se utilizaron guías con preguntas específicas para examinar el proceso, modificaciones que hubo en planes y contratos durante la ejecución del proyecto, elementos de acuerdo y/o desacuerdo entre el MSPAS y las ONG's en relación a las responsabilidades específicas, atrasos, resultados, comunicación, relación de trabajo entre el MSPAS y las ONG's en el campo y los factores que fortalecieron o debilitaron esta relación.

La primera semana de la evaluación fue dedicada a realizar entrevistas a profundidad con personal del nivel central del MSPAS, los directores ejecutivos de las ONG's y personal de USAID.

La segunda semana de la evaluación el equipo realizó entrevistas con personal del nivel departamental y local (Unidades de Salud) del MSPAS de las áreas donde trabajaron las ONG's. A la vez, se entrevistó a los miembros de los equipos técnicos (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales) y promotores de salud de las ONG's; a líderes de la comunidad y miembros de los comités de salud, usuarios de los servicios de salud brindados por las ONG's y, en una ocasión, a un alcalde municipal. Para estos fines se viajó a los departamentos de Sonsonate, Chalatenango, Morazán, Cuscatlán y Ahuachapán.

La tercera semana se realizaron otras entrevistas en el nivel central del MSPAS y en las oficinas de USAID. Mientras tanto, se iniciaba el análisis de los datos y la preparación de la presentación de los resultados para el día 17 de febrero de 2000.

3. Observación de campo en comunidades de cinco departamentos del país.

En Sonsonate, se visitó a funcionarios de la Dirección Departamental de Salud de Sonsonate (DDSS) y de la Unidad de Salud de Izalco. En Izalco se entrevistó al Sr. Alcalde municipal y posteriormente se realizaron entrevistas y observación al equipo técnico y promotores de salud de FUSAL en la comunidad Ceiba El Charco, una de las áreas de trabajo de FUSAL durante 1999.

En Chalatenango, se visitó la sede de la Dirección Departamental de Salud de Chalatenango (DDSch) y la comunidad Aguaje Escondido, sitio en que trabajó OEF. En ambos lugares se sostuvo entrevistas grupales con los Equipos Técnicos del MSPAS y de OEF, respectivamente, y se hicieron visitas domiciliarias para entrevistar usuarios del cantón Aguaje Escondido.

En Morazán, se visitó la sede de la Dirección Departamental de Salud de Morazán (DDSM), la Unidad de Salud de Corinto y el cantón Varilla Negra, del municipio de Corinto, en donde se entrevistó a Técnicos del MSPAS y del Equipo de AMS. En la comunidad se procedió a realizar entrevistas a usuarios.

En Cuscatlán, se visitó la sede de la Dirección Departamental de Salud de Cuscatlán (DDSCu), el Hospital Nacional de Suchitoto, en donde se entrevistó a los Directores de ambos establecimientos y otros Técnicos del MSPAS, y también se visitó la comunidad La Bermuda, una de las áreas de trabajo de CALMA. En la comunidad se realizó una entrevista grupal al Equipo Técnico y Promotores de Salud de CALMA y 12 líderes comunitarios.

En Ahuachapán, se visitó la Unidad de Salud de Guayapa Abajo, en donde se entrevistó a Personal Técnico de la Dirección Departamental de Salud de Ahuachapán (DDSA). Se visitó la comunidad de San Antonio, en donde se entrevistó a líderes comunitarios, a usuarios, al Equipo Técnico y a Promotores de Salud de ASAPROSAR, observando además el trabajo del equipo.

## VI. RESULTADOS DE LA EVALUACION

La descripción de los resultados de la evaluación se enfoca bajo 8 diferentes áreas:

- Análisis del Diseño y Planeación del Proyecto,
- Análisis del Modelo de Atención,
- Análisis del Cumplimiento de los términos del contrato,
- Análisis del Alcance de Objetivos y Metas
- Análisis Financiero,
- Análisis de las Relaciones entre MSPAS y las ONG's,
- Análisis de la Calidad de los Servicios,
- Análisis del Impacto.

### Análisis del Diseño y la Planeación del Proyecto

Idealmente, el diseño de un proyecto de salud requiere lo siguiente:

- el diagnóstico de la situación,
- conocimiento de las características y necesidades de las comunidades donde se va a desarrollar el proyecto,
- un análisis de factores internos y externos que puedan facilitar u obstaculizar el proyecto,
- recursos financieros, materiales y humanos adecuados,
- el establecimiento de objetivos, metas, estrategias y actividades en base a los objetivos,
- un análisis del nivel de desarrollo de sistemas gerenciales que deberían respaldar el proyecto desde su planeación hasta su monitoreo, y
- un plan de capacitación y orientación del personal que va a participar en el proyecto.

Otros factores a considerar en el diseño de un proyecto o programa de salud son:

- los resultados esperados,
- el tiempo necesario para la planificación, organización, inmersión en la comunidad, ejecución y monitoreo del proyecto,
- un sistema de información: instrumentos para la obtención de datos, definición de su flujo, de su procesamiento y utilización,
- un sistema de supervisión,
- un plan de monitoreo y evaluación para el proyecto y los respectivos instrumentos de trabajo que necesitarán los participantes en el proyecto.

En el Proyecto Piloto Salud – ONG's 1999, en tanto que el concepto y el modelo de atención fueron adecuados y que la estrategia de compra de servicios a las ONG's es prometedora — como se discutirá a continuación—, aspectos tales como el diseño y la planeación del proyecto fueron, en cierta medida, deficientes.

A pesar de saber con suficiente tiempo de anticipación que el Proyecto PROSAMÍ y el Piloto de ONG's – SETEFE/MSPAS iba a terminar en 1998 y, por consecuencia, muchas

comunidades del área rural con poco acceso a los servicios de salud quedarían desprotegidas, la planeación, la organización del Proyecto Piloto Salud - ONG 1999 y el proceso de contratación, se realizaron en los últimos 4 meses de 1998 en forma muy apresurada.

Por otro lado, no hay evidencias que se haya tomado en consideración la experiencia acumulada en el proyecto piloto ONG's - SETEFE/MSPAS, en cuanto al diseño, planeación, monitoreo y evaluación de las actividades al nivel comunitario. Las ONG's ya tenían un sistema que respondía a los requerimientos técnicos del MSPAS, responsable técnico de dicho proyecto.

En consecuencia hubo:

- Insuficiente tiempo para los necesarios procesos de comunicación, capacitación y orientación a las ONG's y los niveles departamentales y locales del MSPAS, resultando en un entendimiento inadecuado de los roles y responsabilidades de cada quien, los términos del contrato, etc.
- Insuficiente tiempo para una licitación pública, para la preparación de lineamientos más claros y precisos a los interesados, y para el proceso de evaluación de las propuestas basado en criterios objetivos y ampliamente conocidos por todos los participantes.
- Falta de previsión de algunos elementos de carácter legal y administrativo, que permitieran procesar a tiempo el contrato legal de servicios firmado por el MSPAS y las ONG's. Esto conllevó a que la firma del contrato se realizara hasta marzo de 1999, casi 3 meses después del inicio del proyecto (la duración del contrato era de enero a diciembre de 1999), período durante el cual las ONG's trabajaron sin un documento legal que avalara sus esfuerzos, resultando en una demora en el primer desembolso a ellos hasta el mes de abril 1999.
- Problemas para la asignación de las comunidades a ser trabajadas por las ONG's, ya que el número de habitantes de las comunidades no siempre coincidía con las cifras proyectadas por la DIGESTYC<sup>6</sup>. Esto hizo que las ONG's tuvieran que alcanzar su población convenida tomando otras comunidades que geográficamente estaban muy distantes entre sí, lo que dificultó el trabajo del equipo de salud al tener que hacer un abordaje fragmentado de la población contratada.
- Falta de preparación y entrega oportuna de instrumentos de trabajo al inicio del proyecto (por ejemplo: formularios para llevar a cabo el diagnóstico de salud, formularios para el reporte mensual de actividades, etc.).
- Falta de objetividad para fijar metas realistas, dado la compleja naturaleza del trabajo comunitario y el tiempo real de implementación del proyecto.
- Omisión de algunos elementos gerenciales de vital importancia en el primer contrato tales como objetivos y metas claras y precisas (se incluyeron después en los convenios departamentales que fueron firmados hasta mayo y junio 1999 y no en todas las Direcciones Departamentales de Salud).

<sup>6</sup> En el contrato se definió el total de población a cubrir en base a cifras poblacionales proyectadas de la DIGESTYC que resultaron ser irreales luego de realizar el censo de la población por parte de las ONG's.

También cabe mencionar que cuando el sector público contrata al sector privado para proveer servicios de salud a clientes, el sector público tiene la responsabilidad de llevar a cabo un proceso de pre-calificación previo a la contratación, a fin de garantizar que el contratista (el futuro proveedor de servicios de salud) sea financieramente estable, esté legalmente constituido y posea la experiencia, la capacidad técnica y gerencial, la planta física, el personal y los recursos necesarios para proveer un servicio de salud de calidad. La pre-calificación debe ocurrir antes de la licitación para garantizar, en el mayor grado posible, que las organizaciones que respondan a la licitación estén “calificados” para dar los servicios de salud que proponen.

Posteriormente los pasos de la contratación serían:

1. Determinación de las necesidades y prioridades de la comunidad.
2. Diseño del proyecto y la licitación
3. Anuncio de licitación y solicitud de propuestas de posibles proveedores
4. Evaluación de las propuestas técnicas-económica recibidas
5. Adjudicación y negociación del contrato
6. Implementación del contrato
7. Control y evaluación del contrato

Cada uno de estos pasos conlleva una serie de actividades. El Proyecto Piloto Salud – ONG’s 1999 fue eso: *un proyecto piloto*. Para futuras contrataciones será necesario poner mayor atención a la pre-calificación, tener por escrito todos los procedimientos, preparar con mayor detenimiento la solicitud para propuestas, llevar a cabo una licitación abierta a todas las ONG’s y tener antes del arranque del proyecto, mecanismos y sistemas de control y evaluación funcionando.

#### *Análisis del Modelo de Atención Primaria de Salud para comunidades rurales*

El modelo de atención primaria de la salud que las ONG’s brindaron, bajo el contrato establecido con el MSPAS, parece ser un modelo apropiado para las comunidades rurales Prioridad I, por ser un modelo con las siguientes características:

- Integral.
- Basado en las acciones de un equipo de trabajo de salud comunitaria (médico, enfermera y promotores de salud) y no solamente en el promotor de salud supervisado por personal técnico.
- Con un promotor de salud trabajando a tiempo completo en las comunidades asignadas, con la ventaja de que dicho promotor es un habitante nativo de una de estas comunidades.
- Enfocado a la prevención, promoción de la salud y atención a la morbilidad en diferentes grupos étnicos y actividades de saneamiento ambiental, con énfasis en la organización y participación de la comunidad.
- Desarrollado por ONG’s con experiencia en comunidades rurales del país.
- Basado en un paquete de servicios de salud comunitaria conocido por el MSPAS, lo que facilitó la comunicación y coordinación entre las Direcciones Departamentales y Unidades de Salud con las ONG’s (una vez que los Departamentales estuvieron claros de los compromisos de los contratistas y el gobierno).

En opinión del equipo evaluador, que también estudió los índices de salud-enfermedad en las comunidades de trabajo y observó físicamente estas comunidades, el modelo fue uno de los puntos más fuertes de este proyecto.

Las únicas observaciones del equipo de evaluación en cuanto al modelo son:

1. El gran número de actividades que tenían que realizar las ONG's en cuanto a la atención del niño, del adolescente, de la mujer en edad fértil y específicamente de la mujer embarazada y puerpera, del adulto (joven) y del adulto mayor; además de las actividades de saneamiento básico, vacunación humana y canina, control de vectores, organización de la comunidad, etc. (en total más de 50 actividades), tanto de carácter preventivo como curativo.
2. El hecho de dar consulta por parte del equipo (al estilo brigada médica) hace que generalmente se malgasten los recursos debido a que además de la gente que es referida por los Promotores de Salud para que los vea el médico, el resto de la comunidad aprovecha a pasar consulta aún sin tener una razón justificada (por control preventivo o por morbilidad), aparte del obvio desgaste y agotamiento del personal de salud.

Análisis del Cumplimiento de los Términos del Contrato de Servicio y el Convenio de Gestión con las Direcciones Departamentales.

Se analizó el cumplimiento de los términos de los contratos de servicios y los convenios departamentales que tuvieron que firmar y cumplir las ONG's. El formato del contrato de gestión fue único, sugerido por el nivel Central. Sólo en una Dirección Departamental de Salud no se formalizó el respectivo contrato de gestión.

a) Contrato de Servicio

Características del contrato de servicio:

A continuación se resume las características del contrato de servicio que las ONG's firmaron con el MSPAS en marzo 1999.

<b><i>Duración del contrato</i></b>	15 de Enero a 31 de Diciembre 1999
<b><i>Servicios que debería brindar el Proveedor</i></b>	Paquete de servicios de atención primaria entregado al nivel de la comunidad. Los Servicios incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención al niño con prioridad al niño menor de 5 años</li> <li>▪ Atención a Adolescentes</li> <li>▪ Atención al Adulto</li> <li>▪ Atención al Adulto Mayor</li> <li>▪ Actividades de atención al medio ambiente y saneamiento básico</li> <li>▪ Otras Actividades</li> </ul>
<b><i>Comunidades de Enfoque</i></b>	Ver Anexo C. En algunos casos hubo cambio de comunidades a trabajar.

<i>Total de Población</i>	Ver Anexo B.
<i>Obligaciones del Contratista (las ONG's)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proveer los servicios de atención primaria mencionadas arriba comunidades asignadas</li> <li>▪ Firmar el documento de compromisos de gestión con el Director Departamental</li> <li>▪ Por cada 10,000 habitantes, el contratista proveerá de un médico graduado, una enfermera, y un promotor de salud por cada 1,500 habitantes de la población asignada.</li> <li>▪ Presentación de una programación trimestral de sus actividades</li> <li>▪ Entrega de Informes mensuales</li> </ul>
<i>Pago al Proveedor</i>	108 colones per cápita
<i>Obligaciones del Gobierno (MSPAS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actividades específicas y periódicas de monitoreo</li> <li>▪ Entrega de Biológico a promotores de salud de las ONG's y al personal técnico.</li> </ul>

### Lo Encontrado

En términos generales, hubo un adecuado cumplimiento de los términos del contrato, tanto por parte del Gobierno (el MSPAS) como de los proveedores (las ONG's). Sin embargo, según los términos estipulados en el contrato, se evidenció un grado variable de incumplimiento por parte del Gobierno/MSPAS en relación a:

- 1) La Supervisión, la cual no se llevó a cabo ni periódica ni sistemáticamente. No se encontró ninguna evidencia por escrito de las visitas de supervisión realizadas y las recomendaciones hechas a las ONG's.
- 2) El monitoreo y seguimiento de las acciones técnicas y administrativas para verificar el cumplimiento de metas y evaluar la calidad en la prestación de los servicios, tal como lo establecía la cláusula quinta, no se realizó de acuerdo con las evidencias.
- 3) La entrega de los instrumentos técnicos de monitoreo y evaluación, contemplado en la cláusula siete, se realizó tardíamente y no tomó en cuenta lo que las ONG's ya hacían con el proyecto SETEFE/MSPAS.
- 4) La firma del contrato, la cual se realizó después de 3 meses de haber iniciado el proyecto,
- 5) El atraso en la entrega de los fondos según lo estipulado la cláusula novena, la cual se retrasó por la falta de la firma de los contratos.

En cuanto a las ONG's, el incumplimiento se dio al inicio del proyecto y específicamente en lo que se refiere a la cobertura poblacional, situación que derivó esencialmente de la información incorrecta sobre datos de población que les habían entregado, la cual estaba fundamentada en las proyecciones poblacionales de la DIGESTYC. Además de eso, las comunidades anotadas inicialmente en el contrato bajo la cláusula séptima no siempre fueron las comunidades trabajadas. Esto se debió a muchos factores, entre ellos destacan los factores socio políticos (algunas comunidades que son base social de la exguerrilla no les permitieron entrar a trabajar en las mismas).

b) Cumplimiento con los términos del convenio de gestión

Características del convenio:

Aparte del contrato general que firmaron las ONG's con el MSPAS en marzo de 1999, las ONG's también tuvieron que firmar convenios de gestión con las Direcciones Departamentales, según lo establecía la cláusula segunda del mencionado contrato general.

Los términos de los convenios de gestión que se firmaron hasta los meses de mayo y Junio de 1999, fueron los siguientes:

<b>Duración del convenio</b>	Del 1 de enero al 31 de diciembre 1999
<b>Evaluación</b>	El contrato será monitoreado y evaluado por el Equipo Técnico Departamental y Local del MSPAS. Son parametros esenciales para evaluar: 1) El cumplimiento de metas; 2) La calidad de servicios; 3) La satisfacción del usuario.
<b>Información proporcionada por el Contratista</b>	Informe cada mes
<b>Calidad de la prestación de los servicios</b>	Brindar a la población los servicios de salud con calidad y en correspondencia con las normas del MSPAS.
<b>Compromisos del proveedor y del comprador</b>	<p>1. <i>Atención Infantil:</i>  <u>Proveedor:</u> Obtener 100% de niños menores de 5 años en control infantil según normas del MSPAS, obtener el 100 % de niños menores de 5 años con cobertura de vacunación según las normas del PAI, obtener el 100 % de los niños con evaluación nutricional, inscribir en el programa de alimentación complementaria al 100% de los niños menores de 5 años en riesgo nutricional; atención del 100% de los niños que necesitan consulta por morbilidad de enfermedades comunes; referencia oportuna de todos los casos de morbilidad grave que ameritan estudios especializados; promover en el 100% de las madres de niños menores de un año, la lactancia materna; promocionar educación en salud en el 100% de los padres de niños menores de cinco años, en varios temas; apoyar a los centros rurales de salud y nutrición.</p> <p><u>Comprador:</u> proporcionar el biológico necesario para la vacunación de niños menores de 1 año; proporcionar alimentación complementaria a los niños inscritos; proporcionar atención médica por morbilidad graves y lo que amerite estudios, etc.; apoyar las acciones de los Centros Rurales de Salud y Nutrición.</p> <p>2. <i>Atención al adolescente</i>  <u>Proveedor:</u> control prenatal a adolescentes embarazadas; control del puerperio; toma de citologías a adolescentes con vida sexual activa; atención de morbilidad por enfermedades comunes; promover el uso de métodos de Planificación familiar en 100% de adolescentes con vida sexual activa; promover educación en salud en varios temas.</p>

Comprador: proporcionar el biológico, métodos de P.F. y medicamentos especializados (del programa de tuberculosis, lepra, etc.); efectuar la lectura del 100% de la citologías tomadas.

### *3. Atención Materna*

Proveedor: obtener un 100% de embarazadas en control prenatal; 100% con cobertura de vacunación con toxoide tetánico; 100% de embarazadas con educación en salud y nutricional; 100% de control puerperio; atención de morbilidad a las embarazadas inscritas y referencia; toma de citología en 100%; inscripción en el proyecto de alimentación complementaria a las madres lactantes.

Comprador: proporcionar la atención odontológica; proporcionar biológico toxoide tetánico; realizar perfil de laboratorio.

### *4. Atención al Adulto*

Proveedor: promover el uso de métodos de P.F. en 50% de mujeres de edad fértil; cubrir 100% de MEF en inmunizaciones; toma de Citología al 40 % de mujeres de 15 a 59 años; promover la educación sexual y en salud en mujeres y hombres en ETS, VIH/SIDA, Violencia, Género, etc.; promover y fomentar la participación social y comunitaria; atención de morbilidad por enfermedades comunes.

Comprador: proporcionar métodos de P.F. y biológico; efectuar lectura de 100% de las citologías.

### *5. Atención al Adulto mayor*

Proveedor: atención por morbilidad, educación en salud, coordinación con el establecimiento de salud para el manejo y atención del club de la tercera edad.

Comprador: proporcionar atención médica a las referencias; incorporación de los adultos mayores, atendidos por las ONG's, en las jornadas de atención especializada del MSPAS.

## Lo Encontrado

En general, se encontró un buen cumplimiento de los términos de los contratos de gestión tanto por parte del MSPAS como de las ONG's.

Sin embargo, por parte de los proveedores de servicios (las ONG's) hubo cierto grado de incumplimiento en relación a lograr el 100% de las metas en varios componentes de la denominada Apertura Programática.

De acuerdo a la evidencia, a pesar de que las ONG's lograron extender la cobertura de servicios básicos de salud a muchas personas en comunidades rurales, llevando a cabo un gran número de actividades en todas las áreas programáticas señaladas por el MSPAS y realizando además actividades de organización comunitaria (que no estaba incluido en el contrato pero que resulta de vital importancia en proyectos de este tipo), no lograron el 100% de las metas programáticas como se puede ver en mayor detalle abajo.

Ante esto hay que tomar en cuenta tres aspectos fundamentales que tienen que ver con los problemas de diseño y la planificación que afectaron este proyecto:

1. Las ONG's tuvieron que levantar un censo poblacional y un diagnóstico situacional de las comunidades a trabajar, además de utilizar un tiempo prudencial para lograr insertarse efectivamente en dichas comunidades. Esta necesidad no se visualizó al estructurar el proyecto.

2. En vista de lo anterior, las ONGs solo tuvieron 9 meses efectivos de ejecución para cumplir 12 meses de metas programáticas.
3. Las ONG's estaban comprometidas de llevar a cabo un gran número de actividades en las comunidades asignadas en las áreas de Atención infantil (9 actividades), Atención al adolescente (6 actividades), Atención Materna (7 actividades), Atención al Adulto (6 actividades), Atención al adulto mayor (3 actividades). Aparte de estas 31 actividades, las ONG's tenían que cumplir con muchas otras actividades de saneamiento básico, control de vectores, vacunación canina, de organización y desarrollo de la comunidad (por ejemplo, trabajo con comités de salud, etc.) y otras, aunque para éstas últimas no se estipularon metas específicas en el contrato de gestión.

Por parte del MSPAS, también hubo cierto incumplimiento de los términos, específicamente en lo relativo a realizar supervisión y monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos por las ONG's.

#### Análisis del Alcance de Objetivos y Metas

El objetivo general del Proyecto Piloto era: "Aumentar la Cobertura Para la Atención de los Servicios de Salud Preventivos en Comunidades Rurales de Riesgo **Prioridad I**".

De acuerdo a la evidencia, a través del trabajo de las ONG's se logró la cobertura, con servicios básicos de salud, de comunidades rurales que antes habían permanecido descubiertas o insuficientemente atendidas por el MSPAS. La meta era beneficiar a 112,843 habitantes y se logró cubrir a 117,653 habitantes, es decir, un 4.3% más de lo programado. Por otro lado, se brindaron miles de atenciones tanto de carácter preventivo como de curativo a personas de los diferentes grupos étnicos, en adición a las actividades de saneamiento básico ambiental, control de vectores, vacunación canina y organización de la comunidad, lo cual se refleja con algunas actividades que se señalan a continuación:

ACTIVIDADES	REALIZADO
Inscripciones Niños menores de 1 año	2,306
Vacunación Niños menores de 1 año	2,445
Niños menores de 5 años con evaluación nutricional	22,971
Inscripciones prenatales	2,139
Vacunación con Toxoide tetánico a mujeres embarazadas	1,804
Controles puerperales	1,961
Citologías de primera vez	11,344
Perros vacunados	10,168
Charlas educativas sobre higiene personal	2,427
Charlas sobre prevención de la malaria	848

El MSPAS estableció metas programáticas en los contratos de gestión para la mayoría pero no para todas las actividades que las ONG's tenían que realizar. Para las actividades que contaban con parámetro de medición, hay que decir que las metas eran ambiciosamente altas: se pedía el tope. Por ejemplo, en Atención Infantil se pedía tener a 100% de los niños menores de 5 años en control en las comunidades asignadas y el 100% de los niños con evaluación nutricional. En el adolescente, promover el uso de métodos de P.F. en el 100% de adolescentes *con vida sexual activa*. En Atención Materna, se les pidió tener al 100% de embarazadas en control prenatal según las normas, entre otras metas. En Atención del Adulto, para citar solamente un ejemplo, se les pidió hacer la toma de citología al 40% de las mujeres de 15-49 años.

Las ONGs tuvieron 9 meses aproximadamente para el cumplimiento de las metas, dado que los primeros tres meses del año 1999 fueron dedicados al censo poblacional y a la elaboración del diagnóstico de salud casa por casa. Sin embargo, según lo reportado al equipo de evaluación y los documentos revisados, las metas fueron calculadas en base a 12 meses de ejecución. Es necesario, entonces, tomar en cuenta el tiempo real de ejecución para analizar razonablemente los resultados obtenidos.

En la siguiente página, aparece una tabla en la que se puede observar el alcance de metas de las 5 ONG's, en 10 áreas programáticas. Hay muchas otras áreas programáticas igualmente importantes pero que por falta de espacio no se han incluido para fines de este documento.

Como se puede apreciar hay mucha variedad en los alcances entre ONG's y entre las 10 diferentes actividades. Hay porcentajes de alcance muy altos, por ejemplo, todas las ONG's andan por encima del 95% de lo programado en relación al indicador "*Niños Menores de 5 Años Con Evaluación Nutricional*" (desde un 98.8% hasta un 210.5%). En "*Vacunación de niños menores de 1 año*", el alcance real también es alto con excepción de una ONG.

En "*Citologías de primera vez*" el alcance de metas varía entre un 59% y un 93 % entre las cinco ONG's. Las "*Inscripciones prenatales*" varían desde un 30% hasta un 89%. Es difícil explicar estas variaciones sin estudiar más a fondo la metodología que se usó, o los lineamientos o criterios que se tuvo para calcular las metas en las diferentes Direcciones Departamentales (principalmente tomando en cuenta los problemas que se tuvieron al utilizar las proyecciones poblacionales de la DIGESTYC), las condiciones en el terreno y las barreras socio culturales propias de cada área de trabajo así como otros factores.

Entre algunas irregularidades que se podrían identificar están las siguientes:

- En el contrato de prestación de servicios (firmado en marzo 1999) hay actividades que no tienen metas programadas en el convenio de gestión (ejemplo, actividades al medio ambiente y saneamiento básico tales como campañas de fumigación, criaderos de zancudos destruidos, campañas de letrización y otras).

LOGROS OBTENIDOS POR LAS ONG's EN EL PROYECTO PILOTO SALUD ONG 1999

INDICADORES	ONG														
	AMS			ASAPROSAR			CALMA			FUSAL			OEF		
	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
Inscripciones Niños menores de 1 año	422	245	58	413	127	31	670	650	97	955	992	104	356	292	82
Vacunación Niños menores de 1 año	422	422	100	413	222	54	670	617	92	955	831	87	356	353	99
Niños menores de 5 años con evaluación nutricional	7092	7012	98.8	413	433	105	2039	2039	100	5964	12554	210.5	356	933	262
Inscripciones prenatales	456	367	80.4	580	172	30	694	618	89	1055	759	72	340	223	66
Vacunación con Toxoide tetánico a mujeres embarazadas	456	367	80.4	580	121	21	694	637	92	1055	460	43.6	340	219	64
Controles puerperales	422	245	58.1	464	251	54	551	529	96	1055	688	65.2	270	248	92
Citologías de primera vez	5568	3328	59.7	1725	1011	59	1341	997	74	6101	5680	93	528	328	62
Perros vacunados	682	682	100	3590	2731	76	ND	1491	NA	4080	3567	87	1624	1697	104
Charlas educativas sobre higiene personal	108	108	100	89	127	142.7	184	196	>100	232	535	230.6	950	1461	154
Charlas sobre prevención de la malaria	54	54	100	48	58	120.8	178	178	100	312	371	118.9	275	187	68

- Hubo otras actividades realizadas por las ONG's (ejemplo, trabajo con comités de salud, asambleas generales con la comunidad, exámenes a escolares, etc.) que no figuraban ni en el contrato ni estaban incluidas en el informe mensual.
- En agosto de 1999, a ocho meses de haber iniciado el proyecto se hizo la evaluación del primer semestre (enero a junio 1999) del proyecto. A pesar de que las ONG's habían invertido los primeros tres meses del año en el diagnóstico de salud (realizado casa por casa), esto no se tomó en consideración y al evaluar las metas programáticas para 6 meses (cuando en realidad solo habían sido 3 meses de trabajo efectivo), la apreciación fue de que su rendimiento había sido bajo, por lo que para alcanzar las metas anuales, las ONG's tuvieron que trabajar muchas horas extras en el período Septiembre a Diciembre de 1999, contratar más recursos médicos y los Directores Departamentales y sus equipos técnicos se involucraron más efectivamente y dedicaron más tiempo para hacer un mayor acompañamiento.

En conclusión, las ONG's contribuyeron a aumentar la cobertura de atención de salud en el área rural y aunque no alcanzaron el 100% de las metas en todas las áreas programáticas, en casi todas lograron coberturas útiles, a excepción de ASAPROSAR que, según la evidencia documental aportada por ellos, quedaron por debajo del límite de las coberturas útiles. No obstante, sería aventurado hacer juicios de valor tomando como referencia dichos datos, en vista de la debilidad del sistema de información utilizado en el Proyecto y su virtual incompatibilidad con el sistema de información del MSPAS, con lo cual se perdió una gran cantidad de datos. Por tanto, habría que estudiar más profundamente las razones de la variación de una ONG en relación a las demás.

### Analisis Financiero

#### a) Presupuesto Para el Proyecto Piloto.

El financiamiento del proyecto (¢13,125,000.00) provino de los remanentes de 11 proyectos de USAID, de magnitudes variables desde los US\$5.00 hasta los US\$5000.00, manejados por la SETEFE. Con esos remanentes se conformó un fondo común que al analizarlo se consideró apenas suficiente para financiar el trabajo a ser realizado por las 5 ONG's. Como se menciona en uno de los capítulos anteriores, del monto total de ¢13,125,000.00, se destinaron ¢12,280,788.00 (el 93.6% del total) para pagar a las ONG's ,y los restantes ¢844,212.00 (el 6.4%) se transfirieron al MSPAS para cubrir el salario del Director Ejecutivo del Proyecto y gastos administrativos a nivel central y departamental.

#### b) Asignación Per Capita.

De acuerdo a lo manifestado por el personal encargado de la parte financiera del proyecto, se estudió una experiencia similar verificada en Brasil en la que se había determinado que el costo por habitante por año estaba entre U.S \$7.00 y U.S. \$ 8.00. En base a esta información se realizaron proyecciones para finalmente establecer la cantidad de ¢108.00 (CIENTO OCHO COLONES) por habitante por año. Se definieron ciertas restricciones, como es el caso de los (topes) máximos salariales y se les determinó la distribución porcentual para los diferentes rubros de gastos. Se estableció un overhead del 15% sobre el monto total asignado a cada ONG.

#### c) Oportunidad de los Desembolsos.

El cuadro que se presenta a continuación demuestra gráficamente la frecuencia con que se llevaron a cabo los desembolsos a las ONG's en relación con la fecha en que se había programado para hacerlo efectivo.

Es de hacer notar que durante los primeros meses de ejecución del proyecto, por restricciones eminentemente de carácter técnico-legales internas de USAID y de la SETEFE, que posteriormente fueron resueltas, las ONG's recibieron el primer desembolso hasta el mes de abril de 1999.

#### d) Costo-Efectividad

Durante la evaluación no hubo suficiente tiempo para hacer este tipo de análisis, a través del cual se pudiese comparar, por ejemplo, los costos y la efectividad entre la estrategia de contratación de las ONG's para entrega de servicios de atención primaria en el área rural con la prestación del mismo tipo de servicios brindada por el MSPAS. Sería interesante, además de que puede ser de vital importancia este tipo de estudios por su carácter eminentemente estratégico de cara a la disminución de costos y un mayor grado de eficiencia y efectividad.

PRESUPUESTO DEL PROYECTO Y OPORTUNIDAD DE LOS DESEMBOLSOS DURANTE LA EJECUCION

ONG		MONTO 100%	ANTICIPO 30%	FEB 5.5%	MAR 5.5%	ABR 5.5%	MAY 5.5%	JUN 5.5%	JUL 5.5%	AGO 5.5%	SEPT 5.5%	OCT 5.5%	NOV 5.5%	DIC 5.5%
AMS	PP	1,616,976.00	485,092.80	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68
	DD		--	--	--	485,092.80	--	--	444,668.40	--	88,933.68	88,933.68	88,933.68	88,933.68
ASAPROSAR	PP	3,533,740.00	1,066,122.00	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	533,061.00
	DD		--	--	--	1,066,122.00	--	--	--	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70	195,455.70
OEF	PP	1,107,324.00	332,197.20	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82	166,098.60
	DD		--	--	--	332,197.20	--	--	--	121,805.65	60,902.82	60,902.82	60,902.82	60,902.82
FUSAL	PP	3,315,492.00	994,647.60	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	497,323.80
	DD		--	--	--	994,647.60	--	--	911,760.03	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06	182,352.06
CALMA	PP	2,687,256.00	806,76.80	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	403,088.40
	DD		--	--	--	806,176.80	--	--	838,996.40	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08	147,799.08
TOTAL	PP	12,280,788.00	3,684,236.40	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	675,443.34	1,842,118.20
	DD		--	--	--	3,684,236.40	--	--	2,195,424.8	647,412.49	764,377.02	675,443.34	675,443.34	675,443.34

PP= Corresponde a la fila de las cifras presupuestadas, las cuales debieron haberse desembolsado en el mes correspondiente.

DD= Corresponde a la fila de los montos desembolsados hacia las ONG, de acuerdo al mes en que ocurrieron.

Análisis de Relaciones de Trabajo, Puntos de Acuerdo y/o desacuerdo entre el MSPAS y las ONG's.

Las relaciones de trabajo entre las cinco ONG's y el MSPAS variaron a lo largo de 1999. Las relaciones entre ellos se vieron afectadas especialmente por diversos factores, entre los cuales los más importantes son: el atraso en la firma del contrato y en el pago inicial, la indefinición en el sistema de información, la presión de cumplir con unas ambiciosas metas, la falta de claridad sobre ciertas actividades a realizar, pero fundamentalmente por la falta de comunicación, lo que dio origen a rumores y malos entendidos, etc.

Al principio, las relaciones entre el nivel departamental y nivel local del MSPAS y las ONG's —en realidad las más críticas para el éxito de este trabajo— se vieron fuertemente afectadas porque los Directores Departamentales y los de las Unidades de salud involucrados en el proyecto no tenían mayor información sobre el mismo, es decir, desconocían los términos del contrato y cuál era su rol (como parte de la institución “compradora”). Desafortunadamente, debido a la misma desinformación del personal de los establecimientos de salud, circulaban rumores como por ejemplo que “las ONG's se iban a hacer cargo de las Unidades de Salud con las que coordinaría y que a raíz de eso, los empleados del MSPAS quedarían sin trabajo” o que “las ONG's llegaban para competir con el personal del MSPAS, etc. Otros interpretaron “que los recursos humanos de las ONG's eran empleados del MSPAS y que cualquier trámite administrativo, como pedir permiso por enfermedad, etc, debía pasar por el visto bueno del Director de la Unidad de Salud”.

También había un alto grado de desconfianza mutua originada sobre la base de falsos supuestos y prejuicios por parte del personal del MSPAS y de las ONG's, por la falta de conocimiento de las potencialidades de cada quien. Hay que reconocer que en ambos sectores prevalecía una falta de aceptación del trabajo realizado por la contraparte, lo que al inicio hacía que hubiese un marcado sentimiento “anti – ONG” y “anti – MSPAS”, lo cual no abonaba en beneficio de ninguna de las dos partes. Sólo en una de las 9 Direcciones Departamentales no se percibió que prevaleciera esta atmósfera al inicio del proyecto, y de hecho, es la que presentaba mejores relaciones al momento de la evaluación, lo que denota que se trata de una limitante de tipo actitudinal y no técnica.

No obstante, según el testimonio de los técnicos de las ONG's y de las Direcciones Departamentales y los Establecimientos de Salud, las relaciones entre ellos se mejoraron considerablemente en el transcurso el proyecto y terminaron construyendo relaciones de cooperación y colaboración mutua.

En relación a los desacuerdos, los Ejecutivos y Técnicos de las ONG's comentaron que al principio los hubo en relación a ciertas comunidades que les fueron asignadas, puesto que consideran que la decisión fue tomada “detrás del escritorio”, fundamentando su opinión principalmente en los errores en las cifras poblaciones que manejaron al momento de la asignación de población. Así mismo, otras situaciones que llevaron a mostrar desacuerdo fueron, por ejemplo, la asignación de tareas tales como la vacunación canina, el perfil de los Promotores de Salud (muchos de los Promotores con que las ONG's podían contar no eran bachilleres) y la percepción de la mayoría de Ejecutivos, Técnicos y Promotores de Salud de

las ONG's de que, aparte de las actividades de prevención, promoción y atención primaria, el MSPAS no valoraba lo suficiente las labores de desarrollo y organización de la comunidad que las ONG's consideran tan importantes para la efectividad del trabajo comunitario.

En algunas Direcciones Departamentales y Establecimientos de Salud se acordó realizar reuniones de coordinación para evaluar los resultados del mes anterior y planificar las actividades del siguiente mes, con lo que se mejoró la relación MSPAS – ONG, sobre todo a nivel departamental, en el transcurso del año 1999. “Al principio creímos que venían a quitarnos el trabajo. Luego, al ver que sumando los datos de ellos mejorábamos la cobertura general del cantón comprendimos que no se trataba de una competencia...” (comentario de una enfermera de un Establecimiento Local de Salud).

“Al principio no hubo claridad. Al inicio fue difícil. Después se dio excelentemente la penetración de ONG's con el Ministerio. Aprendemos a caminar juntos. El beneficio lo tuvo la población” (comentario de un miembro de ASAPROSAR).

Las relaciones entre las ONG's y el nivel central del MSPAS fueron un poco menos armónicas. Existe la percepción entre los Ejecutivos y Técnicos de las ONG's que la parte Técnica del Nivel Central se comportó injustificadamente inflexible. Incluso, más de una persona califica dicha relación como hostil. En parte, esta percepción podría deberse al papel que jugaba el nivel central del MSPAS en el seguimiento de los contratos, la erogación de los pagos, etc. Hay que llamar la atención, sin embargo, a la inflexibilidad con que se manejó la evaluación del primer semestre, celebrada en agosto de 1999, para valorar el cumplimiento de metas programáticas de 6 meses. Según el testimonio del personal de las ONG's y de las Direcciones Departamentales de Salud, en dicho encuentro se evaluó el logro de 3 meses efectivos de operaciones (abril, mayo y junio) en relación con lo esperado para 6 meses, sin consideración del atraso ocasionado por el levantamiento del censo poblacional y la elaboración del diagnóstico de salud de las comunidades atendidas. Esto originó que a la altura del mes de septiembre “reprogramaran” para los siguientes 3 meses (octubre a diciembre) todas las actividades que les hacían falta para llegar a obtener las metas del 100% en los rubros en que así estaba establecido. El resultado de esto fue que los equipos de las ONG's tuvieron que redoblar esfuerzos (trabajando incluso todos los fines de semana, según dicen ellos) y contratar, además, otros recursos que inicialmente no fueron considerados, lo que les elevó los costos de operación.

Hubo cierto resentimiento de la verticalidad con que se quiso manejar las relaciones de trabajo en algunos Establecimientos de Salud, Direcciones Departamentales, pero principalmente desde el Nivel Central del MSPAS.

Pero también hubo quejas de parte de algunos Técnicos del MSPAS en torno al trato y al manejo que algunos Ejecutivos de las ONG's hacían de algunas situaciones problemáticas. “Yo prefería arreglarme con los Técnicos de la ONG, porque la Directora Ejecutiva es una persona con la que no se puede tratar fácilmente... siempre quiere que se haga lo que ella dice” (comentario de un miembro de una Dirección Departamental).

Las ONG's también se quejaron de la tardanza con que les hicieron llegar los formularios para el informe mensual de las actividades realizadas y de evaluación.

En la experiencia del equipo de evaluación, es común a veces tener algún grado de problemas entre compradores y proveedores dentro de un contrato, sobre todo si el sector público y el sector ONG no están acostumbrados a trabajar juntos o a tener una relación contractual. Sin embargo, algunos de los problemas que se presentaron son "prevenibles", siempre y cuando la planeación sea oportuna, la comunicación clara y cordial, los roles y expectativas estén claros, que la información sea veraz y que los instrumentos y estrategias de trabajo sean conocidos por todos y acordados de antemano.

### Análisis de Calidad.

El contrato de servicios profesionales y los contratos de gestión departamentales especificaron la evaluación de la calidad de la prestación de servicios de las ONG's por parte del MSPAS. Sin embargo, el MSPAS no hizo una evaluación sistemática de la calidad durante el contrato y no hubo indicadores de calidad o procedimientos para medir la calidad.

Las Direcciones Departamentales y las Unidades de Salud del MSPAS hicieron supervisión esporádica y no sistemática. No hubo encuestas o entrevistas de satisfacción de los clientes de las ONG's, por ejemplo. Algunos supervisores del MSPAS reportaron de manera anecdótica que al hacer visitas domiciliarias en las comunidades donde trabajaron las ONG's, los habitantes reportaron haber recibido las atenciones de salud de los promotores de salud de las ONG's y de los médicos y enfermeras, pero en ninguno de los casos se pudo constatar objetivamente la existencia de un reporte de supervisión.

El equipo de evaluación preguntó al personal de las Direcciones Departamentales y Unidades de Salud del MSPAS sobre la calidad del trabajo de las ONG's y éstos reportaron que, a su criterio, estaba bien. Sin embargo, como ya se dijo, no hubo supervisión en forma sistemática y regular y tampoco una evaluación de la calidad, por parte del MSPAS.

El equipo de evaluación llevo a cabo entrevistas con líderes de la comunidad y usuarios en las comunidades de los departamentos visitados. Las personas expresaron un alto grado de satisfacción con respecto de la atención de salud proporcionada por los equipos de las ONG's. "Antes de que viniera AMS iba a consultar a Corinto, que está a dos horas a pie, unos 8 km., pero eso significaba gasto. Tenía que acompañar a la señora, por los peligros y por ir enferma. Es difícil sacar un enfermo... Desde el año pasado (1999) viene médico y medicinas; ya no necesito ir a Corinto. Además está Fabio (el Promotor de Salud), él atiende emergencias... Está mejor, pues está más cerca la medicina: El médico viene una vez al mes..." (testimonio de un poblador del cantón Varilla Negra, Corinto, Morazán, comunidad atendida por AMS).

"Anteriormente cada enfermedad ocasionaba que la gente tuviera que buscar atención en Metalío que está como a unos 40 minutos en carro o al hospital de Sonsonate. En este caso, el costo del transporte es de unos trescientos colones... Ha sido un gran adelanto tener médico (en la comunidad)... Además, en el invierno el lodo y el río no dejan pasar los carros, se tiene que ir a pie y por veredas... Los doctores vienen dos veces al mes. El promotor pesa a

los niños antes de la consulta y va a visitar a las casas y atiende problemas de salud cuando no están los doctores y refiere a la clínica a los que lo necesitan. (*testimonio de un poblador del cantón San Antonio, del municipio de Guaymango, Ahuachapán, comunidad atendida por ASAPROSAR*).

“Los doctores y las ‘señoritas’ (de FUSAL) me tratan bien amable y me dan la medicina... A veces en la Clínica (del MSPAS) no me quieren recibir porque llego tarde y yo tengo que caminar bastante para llegar a la calle y como traigo a mi hijo en brazos...” (*testimonio de una pobladora del cantón Tunalmiles, municipio de Izalco, Sonsonate, comunidad atendida por FUSAL*).

Algunos comentarios desfavorables al servicio prestado por las ONG’s son, entre otros:

- Cuando no están los médicos no hay acceso a ningún tipo de medicamentos;
- A veces la tardanza de los doctores para llegar a la comunidad molesta, sobre todo a los niños, porque hay que esperar para poder pasar consulta,
- El lugar donde se da la consulta es un lugar inadecuado pues motiva mucha gente a no esperar su turno
- Falta de local y sillas cómodas;
- La limitada diversidad y cantidad de medicamentos de que dispone el equipo médico.

#### Análisis de Impacto

Un año, en el cual sólo nueve meses fueron de ejecución plena de actividades, es muy poco tiempo para impactar la salud de la comunidad. No se pidió impacto sobre morbi-mortalidad en el contrato de servicios profesionales o en los contratos de gestión. En vez de eso, lo que se fijaron metas programáticas de productividad.

En los primeros documentos del MSPAS sobre el Proyecto Piloto Salud ONG 1999 se hace referencia a resultados esperados que no son realistas para un contrato de tan corta duración; por ejemplo, disminuir en un 50% las IRA’s y EDA’s, disminuir la morbi-mortalidad infantil y materna, tener 80 % de las viviendas con letrina, etc.).

En opinión del equipo evaluador, las ONG’s lograron extender la cobertura de servicios básicos de salud. El cuadro en el Anexo II se enlista los cantones y los caseríos en que trabajaron las ONG’s durante 1999 y el total de población beneficiada. Esto es el logro más significativo del proyecto.

## VII. LECCIONES APRENDIDAS

Cabe repetir una vez más que un proyecto piloto de 12 meses (enero a diciembre 1999) es poco tiempo para:

1. Prestar una atención integral a la comunidad,
2. tener impacto, y
3. evaluar y aprender todo lo necesario sobre la estrategia de compra de servicios de atención primaria en el área rural entre el Ministerio de Salud y las ONG's.

Sin embargo, a pesar del corto tiempo del contrato hay por lo menos cuatro lecciones aprendidas de esta valiosa experiencia.

### Lección 1.

**La compra o contratación de servicios de salud preventivos y de atención primaria del sector ONG parece ser una valiosa estrategia para que el Ministerio de Salud pueda cubrir efectivamente las áreas rurales del país.**

En muchos países de la región de América Latina y el Caribe se está considerando la compra de servicios de salud o la contratación entre entidades gubernamentales y ONG's, dentro de los procesos de la reforma de salud. Los lineamientos y planes de reforma del sector salud de varios países hacen referencia a la integración de los sectores, el papel del sector privado (sector ONG sin fines de lucro y sector privado con fines de lucro) y asociaciones entre el sector público y el sector ONG.

Otra estrategia de reforma —la descentralización— también pudiera apoyar la estrategia de compra de servicios de salud a ONG's y la modalidad que toman los contratos. Por ejemplo, los contratos pueden ser firmados a Nivel Central del Ministerio de Salud o del ISSS (como en el caso de Guatemala y Costa Rica) o a nivel regional o departamental (como en el caso de Perú y Colombia).

En esta experiencia de solamente un año se cumplieron la mayoría de las metas programáticas, hubo extensión de cobertura, se ofreció a la comunidad una gran gama de servicios de atención primaria y prevención, y se fortalecieron las relaciones de trabajo entre los sectores.

El futuro del mejoramiento del acceso de la población a los servicios de salud, de contar con mejores índices de salud, de una mejor coordinación de servicios y control de gastos descansa, en muy buena parte, en esta inter-sectorialidad.

### Lección 2.

**Antes de comenzar un proceso de contratación, las capacidades institucionales del Sector Público y del Sector ONG deben ser fortalecidas para que el proceso de compra de servicios sea eficiente, en beneficio de la comunidad, dirigido a resultados, y costo - efectivo.**

El Ministerio de Salud requiere mejores procesos y sistemas para la contratación y en este proceso, requiere de la amplia participación del nivel departamental y local del MSPAS.

Requiere además, personal técnico y administrativo capacitado en licitaciones, contratación o compra de servicios y en el monitoreo de contratos. También requiere de adecuados sistemas de información y de aseguramiento de la calidad, así como personal con mayor orientación y conocimiento sobre el sector ONG.

El sector ONG también necesita fortalecer su capacidad institucional para entrar en contratos con el sector público. Para poder competir exitosamente por estos contratos, las ONG's siempre deben mantenerse fuertes desde el punto de vista de la sustentabilidad financiera, programática e institucional.

El Gobierno, en su papel de comprador de servicios, debe ser un contrastista inteligente y preparado. Las ONG's (el proveedor) deben ser proveedores inteligentes y preparadas.

### **Lección 3.**

**El Modelo de atención primaria de salud y prevención puesto en práctica para la atención de los pobladores de las comunidades rurales del Proyecto Piloto, es bueno.**

El modelo de atención a la población diseñado para este proyecto piloto y mejorado durante 1999 es bueno, tanto por el enfoque a la prevención y atención primaria salud comunitaria a áreas desprotegidas en el área rural, como por la coordinación con nivel departamental y local, la presencia permanente del promotor de salud en las comunidades y las actividades del médico y enfermera dentro de la comunidad, brindando atención a la morbilidad, pero también haciendo una efectiva labor de prevención.

### **Lección 4**

**Es necesario establecer alianzas con una visión de “ganar – ganar” para conseguir, con menos esfuerzo y con mayor rapidez, la cobertura total del país con los servicios básicos de salud. No se puede seguir caminando solos, los nuevos escenarios lo demandan.**

Muchos de los problemas que aquejaron el proyecto y diezmaron en alguna medida las relaciones entre el MSPAS y las ONG's, correspondían a cuestiones “prevenibles”, siempre y cuando la planeación sea oportuna, las estrategias sean claras, los objetivos sean coherentes con el plan de nación, precisos y perfectamente medibles, las metas y resultados sean razonablemente alcanzables, que la comunicación sea fluida, transparente y en las dos direcciones, que los roles y las expectativas de ambas partes sean suficientemente conocidas por todos, que la información que se recoja sea veraz y confiable y que los instrumentos y estrategias de trabajo sean elaborados y acordados en conjunto y conocidos por todos, en un contexto en el que prevalezca una clara y sincera visión de “ganar – ganar”.

Esencial para la consolidación de la experiencia adquirida es no dejar espacios entre los proyectos pilotos y la adopción de una estrategia a mediano y largo plazo, ya que son las comunidades las que sufren serios impactos negativos cuando de nuevo quedan desprotegidas, pero ante todo, porque esa es la forma más eficaz de que las comunidades pierdan la confianza en las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios comunitarios de salud.

## VIII. CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las ONG's mostraron valor y compromiso en este primer proyecto piloto de compra de servicios a ONG's. Fue un experimento que, a pesar de ciertas dificultades, ha tenido el resultado positivo de haber extendido la cobertura de servicios de salud a comunidades rurales anteriormente desprotegidas.

En base al análisis de documentos, las múltiples entrevistas realizadas con personal del MSPAS, de las ONG's, los usuarios y líderes comunitarios; las observaciones de campo y los hallazgos encontrados, el equipo de evaluación llegó a las siguientes conclusiones sobre el Proyecto Piloto Salud - ONG 1999 (de compra de servicios):

### Gestión del Proyecto Piloto

Con mayor planeación técnica y administrativa antes de iniciar el proyecto, y mayor participación de los niveles descentralizados desde un principio, se pudo haber evitado atrasos, temores infundados, confusión y ciertos desacuerdos.

Tanto el MSPAS como las ONG's requieren de mayor capacidad institucional y gerencial para el manejo exitoso de la estrategia de contratación o compra de servicios.

### Impacto del Proyecto:

Las ONG's cumplieron la mayoría de las metas programáticas.

Este proyecto mejoró de forma importante el acceso a los servicios y actividades de salud comunitaria de la población de los cantones y caseríos donde trabajaron las ONG's durante 1999.

Cuatro de las cinco ONG's alcanzaron coberturas "útiles" en atención infantil, al adolescente y atención materna; en saneamiento básico y control de vectores y educación y organización de la comunidad, que beneficiaron a 117,653 personas en los cantones y caseríos más pobres y desprotegidos del país.

No se puede esperar más resultados en un tiempo de ejecución tan corto, cuando aparte de todas las actividades a realizar, el equipo de salud también tiene que desarrollar una relación con la comunidad y ganar su confianza y colaboración.

### Modelo de Atención Primaria de Salud del Proyecto Piloto

1. Es un modelo de atención adecuado para las necesidades de las poblaciones rurales, con el equipo de médico y enfermera, promotoras sociales y promotores de salud. Mientras los Promotores de Salud mantienen una presencia continua en las comunidades, realizando todo tipo de actividad preventiva apoyados por comités de salud, los médicos y enfermeras complementan este trabajo por medio de las consultas médicas que se brindan periódicamente en la comunidad, para responder a los problemas de morbilidad más frecuente, pero también brindando atenciones preventivas tales como controles a niños menores de 5 años, escolares, mujeres embarazadas y púerperas, etc.

2. Las ONG's proporcionan los servicios básicos de salud en tanto que el MSPAS colabora y apoya el proceso a través de la entrega de vacunas, etc.
3. Hay que reconocer que las ONG's son actores con una larga experiencia en salud comunitaria, principalmente en el área rural y urbano marginal, con cimientos de organización y participación comunal. Por lo tanto son recursos valiosos en el esfuerzo encabezado por el MSPAS de extender cobertura.
4. El tener contratos de compra de servicios con las ONG's le permite al MSPAS ejercer un mejor control y tener un mayor conocimiento de sus actividades en atención primaria de salud. Los Directores Departamentales de Salud confirmaron tal situación.
5. Aparentemente, al principio del proyecto se había pensado de restringir el papel del médico y la enfermera a la supervisión del Promotor. Sin embargo al ver muy bajo el cumplimiento de metas en agosto de 1999, la enfermera y el médico aumentaron sus esfuerzos en el área de la morbilidad, llevando a cabo "brigadas médicas" con una frecuencia de una vez al mes en las comunidades. Esto es un mejor uso de este recurso, sensible a la realidad cotidiana de las personas que viven lejos de las Unidades de salud del MSPAS, y representan un gran apoyo al promotor de salud.

### Modelo Financiero

La estrategia de compra o contratación de servicios de salud a las ONG's parece ser una estrategia prometedora y efectiva. Esta estrategia beneficia a la población, principalmente a las comunidades rurales que el MSPAS no puede cubrir.

También beneficia al MSPAS porque le permite extender la cobertura de salud a nivel nacional, mediante un esfuerzo combinado, operando bajo lineamientos y normas del MSPAS, estipulados en los contratos de servicio, con lo que se evitan acciones paralelas por parte de las ONG's de poco impacto para las comunidades de alto riesgo. Beneficia a las ONG's porque como sector privado sin fines de lucro, las ONG's pueden poner a disposición de los más necesitados la experiencia que tienen para trabajar en áreas geográficas y con poblaciones dispuestas a trabajar en el mantenimiento de su salud. También este tipo de contrato les ayuda a ser sostenibles a partir de los ingresos obtenidos, en una época caracterizada por una grave disminución de las donaciones externas.

Habría necesidad de estudiar más adelante el costo-efectividad de esta estrategia.

## IX. RECOMENDACIONES

1. *Es impostergable pasar de la etapa experimental a un proceso sostenido de desarrollo de experiencias exitosas como el proyecto evaluado. Por tanto, es urgente buscar fondos públicos nacionales y/o internacionales de manera inmediata para continuar el proyecto piloto de compra de servicios con las ONG's hasta finales de diciembre de 2000 para no dejar desprotegidas nuevamente estas comunidades rurales de pocos recursos, y con el fin de preparar condiciones para un proceso más sistemático de precalificación, licitación y adjudicación de estos servicios.*

USAID se comprometió a financiar el proyecto piloto ONG de compra de servicios de salud durante el año de 1999, a través del Proyecto SALSA. Posteriormente se ha comprometido a extender el contrato a las 5 ONG's para cubrir los meses de enero a marzo de 2000, aunque con un presupuesto mucho más reducido para las ONG's.

El dilema es que después de marzo de 2000, nuevamente las comunidades rurales se quedarán sin cobertura y las Direcciones Departamentales y Establecimientos de Salud no tienen la capacidad necesaria para cubrir estas comunidades. Tampoco hay un plan de transición o un plan de contingencia para enfrentar este dilema. Las ONG's son instituciones privadas sin fines de lucro que tienen que identificar o generar fuentes de ingresos para su sostenimiento. Es poco realista pedirles que sean ellas las que sostengan estos servicios en áreas rurales desprotegidas con financiamiento propio.

El desafío es encontrar financiamiento público hasta el final de 2000 para que estas comunidades no sufran una ruptura en los servicios básicos de salud y que a la vez se pueda seguir evaluando esta experiencia. Si no hay financiamiento para el resto de 2000, las ONG's van a perder el personal que ya está capacitado y que actualmente está trabajando con ellas.

(Nota: USAID/El Salvador después de oír los resultados de esta evaluación decidió financiar el proyecto hasta finales de 2000).

2. *Capacitar al personal del Sector Público y del sector ONG en procesos de contratación o compra de servicios y en el desarrollo de sistemas y prácticas gerenciales necesarios.*

## BIBLIOGRAFIA

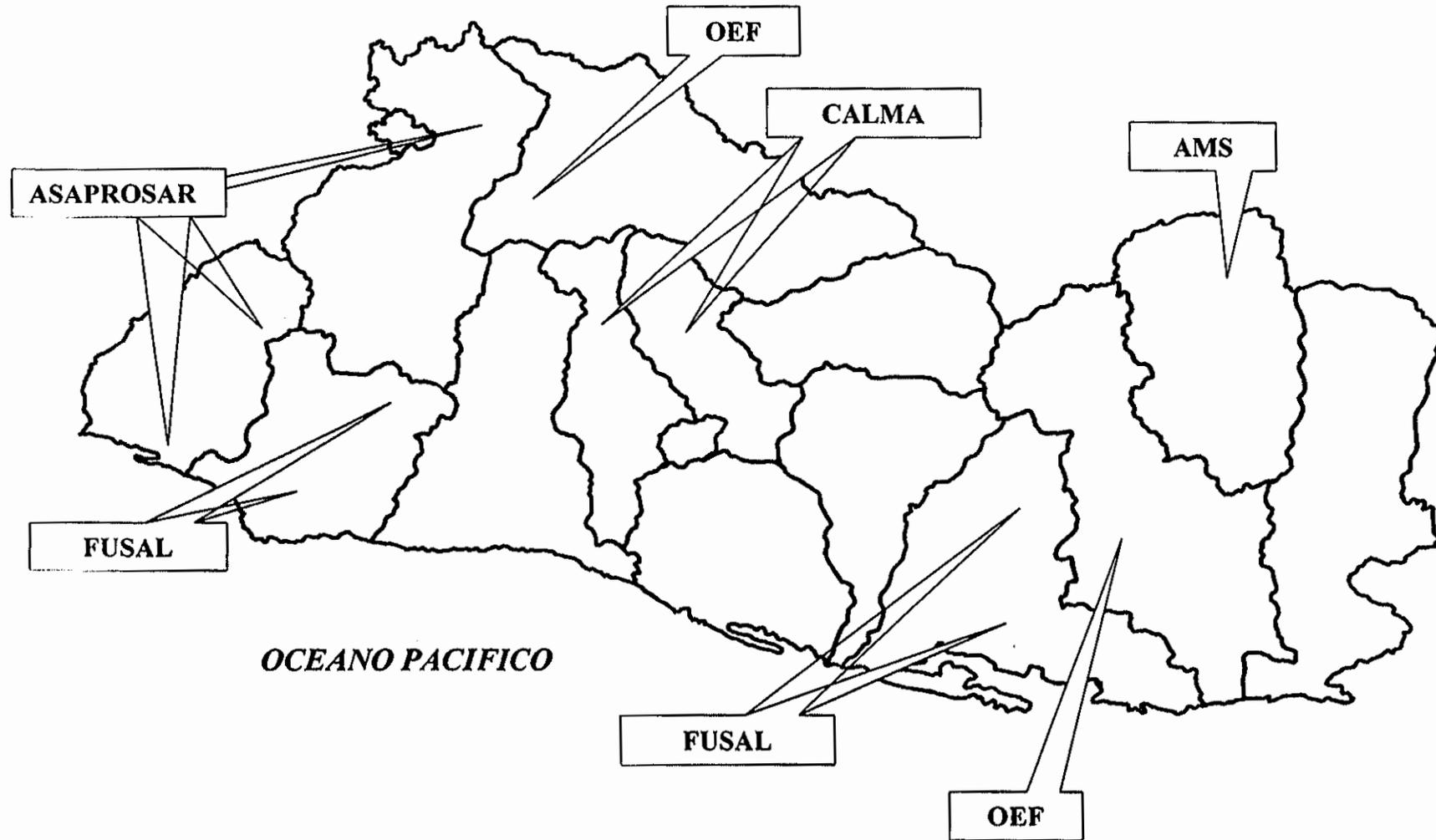
1. “El Establecimiento de Asociaciones entre el Sector Pubico y el Privado Para Mejorar la Salud”, Actualidad Gerencial, Vol. VII, Numero 4, 1998/1999, Management Sciences For Health (MSH).
2. “Contracting Out of Health services in Developing Countries”, Barbara McPake, Elias E Ngalande Banda, Health Policy and Planning, 9(1): 25-30.
3. “Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic versus Market Approaches.” Ann Mills, London School of Hygiene and Tropical Health.
4. “Public/NGO Partnerships in Response to Decentralizaton,” Latin American Health Sector Reform Initiative, Riitta-Liisa Kohelmainen-Aitken, Management Sciences For Health, 2000.
5. “Government Capacity to Contract: Health Sector Experience and Lessons”, Sara Bennett and Anne Mills, London School of Health and Tropical Medicine, July 1997
6. “Improving the Efficiency of District Hopsitals: Is Contracting An Option?”, Anne Mills, Charles Hongoro, and Jonathan Broomberg, Tropical Medicine and International Health, Vol. 2, No. 2, pp 116-126, February 1997.
7. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-98, Asociacion Demografica Salvadorena(ADS), Informe Final, diciembre 1999.
8. Informe sobre el Desarrollo Humano, PNUD, 1999.
9. Proyección de la Población de El Salvador 2025. DIGESTYC, UNFPA, CELADE. 1996.

# ANEXOS

1. Ubicación geográfica de las comunidades rurales atendidas por las cinco ONG's contratadas para la entrega de servicios de atención primaria de salud en 1999.
2. Listado de las comunidades cubiertas por las cinco ONG's del proyecto.
3. Listado de las personas entrevistadas durante la evaluación del proyecto.
4. Listado de los documentos revisados por el equipo evaluador.

**ANEXO I**

UBICACION GEOGRAFICA DE LAS COMUNIDADES RURALES ATENDIDAS POR LAS CINCO ONG  
CONTRATADAS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD  
ENERO - DICIEMBRE 1999



**ANEXO II****LISTADO DE LAS COMUNIDADES CUBIERTAS POR LAS ONG's****ONG: FUSAL****DEPARTAMENTOS: SONSONATE Y USULUTAN**

Departamento	Municipio	Cantones	Población Total	
Sonsonate	San Julián	Agua Chuca	972	
		El Ashiotal	913	
	Izalco	El Zunza	3920	
		San Luis	2061	
		Shon Shon	218	
		Tres Ceibas	672	
		Huiscoyolate	2154	
		Ceiba el Charco	1183	
		Chorro abajo	1197	
		Cangrejera	1365	
		Las Marias	1532	
		Tunalmiles	1406	
		Cruz Grande	2791	
		Tecuma	477	
<b>Subtotal</b>			<b>20861</b>	
Usulután	Jiquilisco	Aguacayo	85	
		El Carrizal	1171	
		Normandía	1272	
		La carrera	836	
		La Rama	104	
		Salinas del Mapachín	289	
		Puerto Avalos	917	
		Cabos Negros	718	
		Chaguantique	361	
		Angela Montano	333	
		California	576	
		Puerto El Triunfo	Ceiba Doblada	288
			El Jobal	1239
		Corral de Mulas	1192	
	San Agustín	El Eucalipto	366	
<b>Subtotal</b>			<b>9747</b>	
<b>Total</b>			<b>30608</b>	

ONG: OEF

DEPARTAMENTOS: CHALATENANGO Y SAN MIGUEL

Departamento	Municipio	Cantones	Población Total	
Chalatenango	San Rafael	San José los Sitios	1192	
	Concepción Quezaltepeque	El Conacaste	917	
		Santa Rita	Piedras Gordas	1450
	Tejutla	Los Martínez	597	
			El Copinolito	641
		Aguaje Escondido	1016	
	San Ignacio	El Pinar	850	
			Río Chiquito	449
	Municipio Citalá	Lagunetas	367	
			San Lorenzo	515
			Talqueazalar	367
<b>Subtotal</b>			<b>8361</b>	
San Miguel	Chapeltique	La Trinidad	1107	
		San Gerónimo	1380	
		Nuevo Porvenir	1350	
		Papalones	1005	
		El Rodeo	1453	
		Cercas de Piedra	760	
<b>Subtotal</b>			<b>7055</b>	
<b>Total</b>			<b>15416</b>	

ONG: CALMA

DEPARTAMENTOS: SAN SALVADOR Y CUSCATLAN

Departamento.	Municipio	Cantones	Total de Población
Cuscatlán	Suchitoto	La Palma	1150
		Jiñuco	1425
		El Caulote	2504
		El Platanar	2176
		La Bermuda	2002
		Montepeque	2606
		San Cristóbal	2480
		Las Delicias	2328
		<i>Subtotal</i>	
San Salvador	Paisnal	San Diego	1040
		Las Delicias	1128
		El Jicarón	1080
		San Francisco Dos Cedros	800
		Santa Cruz Grande	999
		El Matazano	999
		Potrero Grande	1065
		La Cabaña	1100
		<i>Subtotal</i>	
<i>Total</i>			<i>24882</i>

ONG: ASAPROSAR

DEPARTAMENTOS: SANTA ANA Y AHUACHAPAN

Departamento.	Municipio	Cantones	Total de Población
Ahuachapan	Jujutla	San Jose El Naranjo	879
		San Antonio	3619
		Las Mesas	413
		Guayapa Abajo	2020
		Falla	681
		Barra de Santiago	1217
	Guaymango	El Rosario	516
	El Refugio	El Rosario	1081
		San Antonio	1235
	Atiquizaya	Iscaquilio	1959
	<b>SubTotal</b>		
Santa Ana	Metapán	Cañas Dulces	812
		Cuyuiscat	1330
		El Carrizalillo	453
		El Panal	2294
		El Rosario	716
		Las Pavas	789
		Mal Paso	1723
		San Antonio La Junta	1173
		Santa Rita	1348
		Tahuilapa	809
		La Ceibita	618
		Aldea El Zapote	660
		San José Ingenio	1582
		La Isla	1100
	Las Piedras	3919	
<b>Subtotal</b>			<b>19326</b>
<b>Total</b>			<b>32946</b>

ONG: AMS  
 DEPARTAMENTO: MORAZAN

Departamento.	Municipio	Cantones	Total de Población
Morazán	Corinto	Corralito I A	1,487
		Corralito I-B	1,588
		Varilla Negra	1,900
		Hondable	1,886
	Cacaopera	Estancia II	1,888
		Calavera II	1,432
		Guachipilín	1,464
		Agua Blanca	1,470
		Junquillo	686
		<i>Total</i>	

**POBLACIÓN TOTAL DEL PROYECTO**

ONG	Total de Población
FUSAL	30608
OEF	15416
CALMA	24882
ASAPROSAR	32946
AMS	13801
<i>Total</i>	<i>117653</i>

**ANEXO III**

**PERSONAS ENTREVISTADAS PARA LA EVALUACIÓN  
DEL PROYECTO PILOTO SALUD ONG/1999**

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

**NIVEL CENTRAL<sup>7</sup>**

Dr. Herbert Betancourt, Vice-Ministro de Salud

Lic. Patricia de Reyes, Gerente Administrativo de Proyecto SALSA

Dr. Raúl Armando Palomo, Gerente del Programa de Atención al Adulto del MSPAS  
(fue Director Ejecutivo del Proyecto SALSA, de enero a octubre 1999).

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE AHUACHAPAN**

Dra. Lorena Garcia, Médico Supervisor.

Lic. Ana María de Trujillo, Enfermera Jefe.

Sr. Alfredo Ramos, Jefe Departamental de Saneamiento Ambiental.

Dra. Deborah Acevedo, Directora, Unidad de Salud Guayapa Abajo.

Lic. Morena Escobar, Enfermera, Unidad de Salud Guayapa Abajo.

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SONSONATE**

Dra. Rita González, Directora Departamental.

Dra. Cristina de Ortiz, Directora Unidad de Salud de Izalco.

Lic. Cristina de Cajal, Enfermera Unidad de Salud de Izalco.

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE MORAZAN**

Dr. Gabriel Oswaldo Paz, Director Departamental.

Dr. Miguel Ernesto Elas, Médico Supervisor.

Lic. Lilian de Diaz, Educadora Departamental.

Dr. Wilfredo Ventura, Director, Unidad de Salud de Corinto, Morazan

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CUSCATLAN**

Dra. Silvia Marroquín, Directora Departamental

Lic. Carmen Elena Moreno, Enfermera Jefe

Dr. Jorge Melgar, Director Hospital Nacional de Suchitoto

<sup>7</sup> Se intentó entrevistar al Dr. Carlos Rosales, Director General de Salud, pero no logramos nuestro cometido debido a que siempre estuvo ocupado en la emergencia de salud que hubo entre noviembre '99 y marzo 2000.

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHALATENANGO**

Dr. Gerson Gómez, Director Departamental.  
Dr. Juan Santos, Médico Supervisor.  
Dr. Carlos López Navas, Médico Supervisor.  
Lic. Mítrala Cortés, Enfermera Jefe.  
Lic. Beatriz de Erroa, Enfermera Supervisora.  
Lic. Saraid Abarca, Enfermera Supervisora.  
Sr. Oscar Aguilar, Educador.  
Sra. Hortensia García, Educadora.  
Sr. Rodolfo Deras, Supervisor de Promotores de Salud.  
Sr. Raúl Guardado, Supervisor de Promotores de Salud.

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE USULUTAN**

Dr. Giovanni Lacayo, Director Departamental de Salud.

**De las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)**

**ASAPROSAR**

Dra. Vicky Guzmán de Luna, Directora Ejecutiva.  
Dra. Rocío Marisol de García, Gerente de Salud Comunitaria.  
Dr. Nelson Antonio Díaz, Médico Supervisor.  
Sr. Luis Alberto Portillo, Promotor de Salud

**CALMA**

Lic. Josefa Blanco de García, Directora Ejecutiva.  
Lic. Vilma Inés Cerón Gil, Gerente de Programas.  
Dra. Amalia Ayala, Coordinadora del Programa de Salud.  
Dr. Salvador Molina, Médico Supervisor.  
Dra. Lisette Torres, Médico Supervisor.  
Sra. Lilian del Carmen Menjivar, Promotora de Salud.  
Sra. Reina Suncín, Promotora de Salud.  
Sra. Teresa Madrid, Promotora, de Salud.  
Sra. Tomasa Griselda Gómez, Promotora de Salud.  
Sra. Lorenza Pichinte, Promotora de Salud.  
Sra. Angela Pedrina Calderón, Promotora de Salud.  
Sr. Venancio Reyes, Líder Comunal.  
Sr. Antonio Torres, Líder Comunal.  
Sr. Antonio Morales, Líder Comunal.  
Sr. Marino Gutiérrez, Líder Comunal.  
Sra. Rosa Elia Vásquez, Líder Comunal.  
Sr. José Florentín Peraza, Líder Comunal.  
Sra. Florinda Castillo, Líder Comunal.  
Sr. Wilfredo Mejía alas, Líder Comunal.  
Sr. Luis Orlando Martínez, Líder Comunal.  
Sr. Manuel Fernández, Líder Comunal.  
Sr. Eduardo Peña, Líder Comunal.  
Sr. Miguel A. Hernández, Líder Comunal.  
Sr. Francisco Madrid, Responsable de la Micro región de Suchitoto.

**AMS**

Lic. Mirna Elizabeth Argueta, Coordinadora del Proyecto.  
Sra. Sara Mendoza, Enfermera.  
Sr. Marvin Sánchez, Tecnólogo Materno Infantil.  
Sr. Fabio , Promotor de AMS, Canton Barilla, Corinto, Morazan,

**OEF**

Lic. Emma Dinora Méndez, Directora Ejecutiva.  
Dr. Rafael Ernesto Abrego, Coordinador del Programa de Salud.  
Sra. Irma Esperanza García, Promotora de Salud.  
Srita. Judith Arely Pineda, Promotora de Salud.  
Sra. Edith del Carmen Galdámez, Promotora de Salud.  
Sra. Lilian Elizabeth Ramírez, Promotora de Salud.

**FUSAL**

Lic. Celina de Choussy, Directora Ejecutiva  
Lic. Ana Doris de Orellana, Gerente del Programa SALSA  
Dra. Ana María Blanco, Gerente del Programa de Salud Rural  
Dr. Ernesto Altamirano, Médico Coordinador,  
Srita. Roxana Yanira Vázquez, Enfermera.  
Srita. Cristabel Cabrera, Trabajadora Social.  
Sra. Santos Noemí Figueroa, Promotora de Salud.  
Sra. Noralda Aparicio, Promotora de Salud.  
Sra. María Luz Palacios, Promotora de Salud.  
Sr. Carlos Adrián flores, Promotor de Salud.  
Sr. Avelino García, Promotor de Salud.  
Sra. Telma Elisa Tula, Promotora de Salud.  
Sra. Mirna Cecilia de Rivas, Promotora de Salud.

**USAID, Misión El Salvador:**

Sr. Terence Tiffany, USAID, Director de la Oficina de Salud.  
Sra. Margarita de Lobo, Gerente de Proyectos, Oficina de Salud, USAID.

**Otras Instituciones:**

Dr. Alcides Urbina, Consultor de OPS  
(Director de Planificación del MSPAS hasta mayo de 1999).  
Dr. José Altamirano, Gerente de Proyectos, Secretaría Técnica para el Financiamiento Externo (SETEFE).



**ANEXO IV**

**DOCUMENTOS REVISADOS POR EL EQUIPO DE EVALUACION**

1. Plan de Transición Para la Cobertura de los Servicios de Salud Comunidades Rurales Sin Promotor, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, 09-09-98.
2. Descripción del Proyecto SALSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999.
3. Descripción del Proyecto Piloto Salud ONG 1999. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1998.
4. Oferta Técnica y Económica de las 5 ONG's que participaron en el Proyecto Piloto. Diciembre 1999
5. Contratos de Prestación de Servicios de Salud de los 5 ONG's, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Marzo 1999.
6. Convenios de Gestión Departamentales del MSPAS/ONGs. 1999
7. Informes Mensuales, Informes Finales de las ONGs. 1999
8. Información sobre Desembolsos a ONG's, Proyecto SALSA