

USAID - Proyecto NEPAI

REPORT ON THE MISSION OF DR G CASCONE (January 1997)

1 Background

This mission has been required as a completion of NEPAI component cared by Dr J Fiedler and terminated with the report "*The efficiency, financing, and role of the Ministry of Health of Nicaragua a retrospective and prospective analysis*" and the related presentation made on the 11th of July 1997

The consultant (Dr G Cascone) was provided with the mentioned document to be studied before arriving in Nicaragua

2 Scope of the mission

The scope of the mission has been generally defined as an assessment of the state of implementation of Dr Fiedler recommendations. However the final recommendations made by Dr Fiedler were provided to consultant with the mentioned document only at his arrival in Nicaragua (Annex 1)

3 Terms of reference

The terms of reference (TOR) for the mission are contained in Annex 2. However the TOR have been defined during the stay of the consultant in Nicaragua due to further development of the study and the discussions with the counterpart (see Annex 3 & 4). The third version of the TOR (ANNEX4) has been the final and it has been mainly developed as a project identification study.

4 Project identification

Based on the final version of the TOR a project (Annex 5) has been identified to be implemented during the next 5 years plan of action of USAID

The recommended project complies with the followings

- a It meets Dr Fiedler final recommendations,
- b It is in accordance MINSA priority within the framework of the reform process,
- c It complements the 5 years project on Health Reform financed by World Bank,
- d It has been agreed with the relevant staff at MINSA (Dr Carlos Cruz, director of planning, and others)
- e It is consistent with present UAIS activities in Nicaragua and it can be considered as their continuation

1 Additional recommendations

However the consultant feels obliged to give some observations and recommendations, based on his limited number of meetings/visits/document studies, on the state of implementation of Dr Fiedler recommendations and perspectives of the reform process

The opinion of the consultant on the ongoing process of reform is expressed in paragraph I OF HIS Report to MINSA

Esto es un proyecto muy articulado que considera todos los diferentes aspectos (institucionales, administrativos y operativos) del proceso de reforma del Sistema Salud y representara' el nucleo central de las actividades de reforma del MINSA durante los proximos cinco años

Las recomendaciones finales del Dr Fiedler son , en linea general, tratadas en el informe logico del proyecto y ,al menos de preocupaciones de caracter general a proposito del modelo de gerencia del proceso de reforma, se debe confirmar que el MINSA con esto proyecto se es coherentemente comprometido en el proceso de modernizacion y de reforma

In particular the object of concern (preocupaciones) is mainly the fact that MINSA shows a weakness in the capability of planning and managing the reform process

That comment was already made by Dr Fiedler (see page 20 of his report) and is confirmed by observation

1 It is strongly suggested that the donor try to convince MINSA of the needs for establishing a Health Reform Unit as a inner structure of the Ministry which will be fully in charge of the reform process and able to coordinate all the components and mobilize all the resources present in MINSA

That is in the interest of avoiding any duplication and conflict of competence and facilitate the dialogue inside and outside MINSA

once this Unit will be established USAID should consider as a priority the possibility of giving technical assistance directly to the Unit

The followings should be areas of concern for a possible T A to the Health Reform Unit

- a Strategic planning,
- b Human resources management,
- c Legal framework construction

A full agreement as been reached with specialists of World Bank on the above mentioned issue and, more specifically, on the need for coordinating the USAID proposed project with the World Bank from the preparatory phase

- 2 It is recommended to start to coordinate the two initiative immediately taking advantage of the presence of the mission of W B in Nicaragua
The relevant officer of USAID has been invited to meet the task manager for Nicaragua (Mr A Fielder) together with the Nicaraguan counterpart in order to coordinate the development of the two projects

- 3 A second mission of the consultant is suggested to facilitate the accomplishment of the above described tasks in addition to those described in ANNEX 5

APPENDIX

Calendar of activities

- | | |
|----------------|---|
| Mon (01 05 98) | - Meeting with Dr K Nurick and Dr M A Bosche (USAID)
- Meeting with Dr C Cruz (director of planning), Dr Nurick, Dr Bosche and the team of W B II phase project (MINSAs) |
| Tue (01 06 98) | - Meeting with Dr R Boddy (Head of USAID/MSH project (MINSAs)
- Meeting with the team of W B II phase project (MINSAs) |
| Wed (01 07 98) | - Meeting with Dr Sobalrano (W B I phase project and former B I D)
- Meeting with Dr Cerda (head of W B II phase project and Dr Bosche (MINSAs)
- Meeting with Dr Nurick and Dr Porsche, USAID |
| Thu (01 08 98) | - Meeting with Dr Rodriguez, Dr Boddy, Dr Porsche and Dr Nurick (MINSAs) |
| Fri (01 09 98) | - Study of documentation |
| Sat (01 10 98) | - Study of documentation |
| Mon (01 12 98) | - Visit to Boaco SILAIS, Hospital and Health center |
| Tue (01 13 98) | - Meeting with Mr R Tierino, responsible for S A F (MINSAs) |
| Wed (01 14 98) | - Visit to Health Centers in Managua |
| Thu (01 15 98) | - Meeting with Dr Cruz and Dr Cerda (MINSAs)
- Meeting with the Deputy Director of USAID in Nicaragua |
| Fri (01 16 98) | - Meeting with Mr L Rodriguez and others (World Bank specialists) |

AYUDA MEMORIA

(11 de Julio de 1997)

RESUMEN

El Evento El día 11 de este mes se llevo a cabo una conferencia en el MINSA, tratando del tema del gasto en salud y el rol del MINSA en el futuro. La conferencia fue co-patrocinada por el Proyecto NEPAI (Nucleo Especial para el Analisis e Implementacion) y FOPAI (Formulacion Presupuestaria y Auditoria Interna, parte del Programa SIGFA). El evento se desarrollo de las 9:00 a.m. a las 12:30 p.m., en La Sala de Juntas del MINSA.

Participacion Los ponentes eran el Dr. John Fiedler, economista y consultor de NEPAI, el Dr. George Guess, politologo y consultor de FOPAI, y el Dr. Pedro Belli, economista del Banco Mundial e invitado del Proyecto NEPAI. Al evento asistieron 47 personas, la mayoría directores y otros funcionarios y consultores del MINSA, además de los representantes del MIFIN y la USAID.

Recomendaciones Puntuales Los ponentes hicieron una serie de recomendaciones. Muchas de ellas se pueden implementar sobre el largo plazo, aunque es necesario iniciarlas ya. Las siguientes recomendaciones pueden ser iniciadas en el **corto plazo** y con resultados inmediatos.

- 1 Reestructuración y sistematización de los cobros por servicios que se aplican en los hospitales, centros y puestos de salud. El sistema actual incentiva al usuario o paciente a ir al hospital directamente, cuando sería mejor ir al centro o puesto.
- 2 Eliminación total de los cobros en los puestos de salud.
- 3 Eliminación de los cobros por servicios preventivos y por los servicios en las zonas rurales.
- 4 Mejoramiento del uso de los recursos humanos, especialmente en los hospitales. El Dr. Fiedler destaca el excedente de médicos generales y especialistas en la prestación de servicios de salud en todo el sistema pero especialmente, en los hospitales.

Es importante mencionar que el suministro gratuito de los servicios rurales y preventivos aunque tienen un costo financiero, la reasignación de recursos hacia la prestación de estos servicios en vez de hacia los hospitalarios, los de las salas de emergencia y los servicios curativos, puede más que compensar este costo.

Las siguientes secciones resumen las ponencias individuales en su orden de participación.

PEDRO BELLI

Resumen La inversión pública en la Nicaragua es relativamente alta, la cual es financiada primordialmente por donantes internacionales. El ahorro en Nicaragua es bajo y es poco probable que los flujos de los fondos internacionales continuaran. Entonces, los niveles de

inversion publica no son sostenibles y sera de suma importancia comenzar a racionalizarla y a aplicar criterios economicos claros en la seleccion de proyectos

El Dr Belli hizo los siguientes puntos En Nicaragua la relacion Inversion Publica/PIB es la mas alta de C A y, el 80% de ella es Cooperacion Externa

Es necesario reducir la relacion inversion publica/PIB hay que aprender a priorizar

Es necesario aplicar el "Análisis economico de tecnicas de inversion", sobre lo cual puede ilustrar la Vice-Ministra, Lic McCoy, para hacerse preguntas como Cuanto "vale" la salud? cuanto "vale" la vida humana?, como medir los beneficios de las inversiones en salud? invertir en Hospitales? o en Centros de Salud? o en Puestos de Salud? como utilizar mejor cada Cordoba?

El Dr Belli presento un ejemplo de un estudio realizado en Ghana la evaluacion de un tratamiento, con determinada efectividad sobre una enfermedad proporcionaria un beneficio cuantificable de mas dias adicionales de salud por habitante/afectado

GEORGE GUESS

Resumen Propone adoptar en el MINSA el sistema de "Presupuesto por Resultados", como parte de la implementacion del programa SIGFA Afirma que los procedimientos Institucionales y los "cuellos de botella", son los principales problemas del MINSA

La implementacion del nuevo sistema de formulacion presupuestaria en el MINSA conlleva tres etapas

- 1 Medicion medicion de los resultados productos servicios insumos (fisicos y humanos) costos unitarios del sistema de salud
- 2 Analisis vinculación de los insumos con los procesos, para producir los servicios y productos y alcanzar los resultados previstos
- 3 Decision la medicion y el analisis deben de ayudar a las autoridades que toman las decisiones en el MINSA y fuera del MINSA sobre el presupuesto la asignacion de recursos y la gerencia

La aplicacion del sistema de "presupuesto por resultados" puede solucionar algunos problemas pero no todos En particular el MINSA enfrenta una serie de retos o debilidades que frenan al sistema El Dr Guess menciono los siguientes

- 1 Un problema con el sistema actual es que a pesar de tener mucha informacion el MINSA no la analiza Reconoce el aporte del trabajo del Dr Fiedler objeto de este taller, pero al mismo tiempo aun si fuera analizada la informacion no seria de utilidad

porque el presupuesto es "parametrizado", es decir el presupuesto de un año depende exageradamente del presupuesto del año anterior y de la planilla. El "presupuesto por resultados", no obstante, podría ser útil pero no resolvería todos los problemas.

- 2 El MIFIN no hace las asignaciones presupuestarias con la velocidad necesaria no desembolsa los fondos asignados cuando el MINSA más los necesita
- 3 A pesar de todos los esfuerzos, el MINSA sigue siendo un Ministerio sumamente centralizado y no está en capacidad de manejar y controlar el sistema descentralizado es decir, los SILAIS

Soluciones

- 1 Presupuestar las transferencias a los SILAIS en base al desempeño
- 2 Establecer el sistema de contratos con médicos para solucionar algunos problemas de recursos humanos. Eso se ha introducido en Nicaragua y predomina en Nueva Zelanda, Australia, y Gran Bretaña
- 3 Revisar la forma de entrega de recursos del MIFIN. Es lineal y debe ser conforme calendario epidemiológico

JOHN FIEDLER

Resumen El Dr. Fiedler presentó las partes más puntuales y relevantes de su estudio: los "gastos unitarios" de los servicios prestados por las entidades del MINSA, la estructura del mercado de servicios de atención en salud. Indico que en los países vecinos el rol del sector privado es mucho más importante que aquí.

El Dr. Fiedler presentó los resultados de una encuesta de usuarios o pacientes de los servicios de salud que muestra que en las zonas rurales la queja mayor es por la falta de insumos médicos mientras en las zonas urbanas especialmente de Managua la queja principal es por el tiempo de espera.

Por la inadecuada estructura del sistema de cobros el usuario del Centro de Salud (CS) paga un costo mayor que en los hospitales, por lo que hay desviación (*bv-pass*) de pacientes desde los centros hacia la sala de emergencia un servicio que tiene un costo mucho más caro. Si se lograra reorientar a los pacientes hacia los centros de salud mediante el cambio de la estructura de los cobros el MINSA ahorraría tal vez C\$23 millones anualmente.

El Dr Fiedler en su diagnostico indica las raices comunes de los problemas que el estima son los mas graves entre ellos

- 1 Falta de Gerencia y capacidad para manejar recursos humanos
- 2 Sistema irracional de cobros y de incentivos a los pacientes
- 3 Suministros medicos/farmaceuticos inadecuados y mal distribuidos

El Dr Fiedler presentó una serie de sugerencias que nos pueden servir

- 1 No hay una solucion unica a toda la gama de problemas y retos que enfrentamos Hay que identificar las metas y prioridades del MINSA y la manera de alcanzarlas
- 2 Hacer proyectos-piloto y aplicar el metodo de "prueba y error"
- 3 Introducir el control presupuestario a nivel local
- 4 Entender mejor el mercado laboral (Adecuar *Pensums* de Enfermeras y Medicos)
- 5 Mejorar el mantenimiento del equipo fisico
- 6 Mejorar los sueldos de los trabajadores del MINSA, pues son los mas bajos del gobierno incentivar mejor
- 7 Eliminar los cobros en Puestos de Salud (PS) y mejorarles el abastecimiento Hay que cambiar el Sistema de cobro Eliminar cobros en Puestos de Salud en areas rurales y para servicios preventivos Como financiar la eliminacion del cobro en los Puestos de Salud rurales? Redistribuyendo el presupuesto del MINSA
- 8 Ampliar el Programa INSS de Salud Previsional
- 9 Reforzar descentralizacion Municipios, SILAIS
- 10 Los Hospitales son el punto critico gastan mucho ganan mucho ("pensionados") y son muy ineficientes Como se determina el presupuesto de los Hospitales? Es necesario introducir incentivos para mejorar en productividad

La presentacion del Dr Fiedler genero una activa participacion A continuacion siguen algunos comentarios de los participantes

- * MIFIN Dice que hay partidas para MINSA que no figuran en el presupuesto del MINSA Ejemplo Avaes de MIFIN a MINSA por compra de medicamentos Es necesario ver la globalidad del presupuesto del MINSA
- * Introducir racionalidad economica en la salud ante la escasez de recursos

- * El problema es organizativo, no financiero. El MINSA fue descabezado y no puede controlar 19 SILAIS' (Lic Ana Isabel Sovalbarro Dr Freddy Cardenas)
- * Analizar otros factores/parametros que son producto o servicios del Sistema de Salud Publica aparte la "consulta". La salud es mas que "Consultas" es Bienestar psico-social. Suministro de agua potable etc
- * Las alternativas propuestas deben ser viables politicamente
- * La participacion comunitaria ha sido decisiva en la mejoria de los indices no solo la institucional
- * Hacer mas transparente salario/trabajo de los medicos
- * Costa Rica tiene excelentes indices de salud publica pero tambien tiene un PIB *per capita* 5 veces mas grande que el de Nicaragua. Por eso hay que comparar el desempeño de Nicaragua con paises que tengan PIB *per capita* similares
- * La organizacion central del MINSA permanece como los Dinosaurios es excesivamente centralizada. Contrata los medicos para los SILAIS "descentralizados" mientras el 50% de estos "medicos" son sin titulo

RECOMENDACIONES FINALES

- 1 Cambiar el sistema de cobros (*user's fees*). Cobrar mas en consulta externa de Hospitales, en emergencias que no son emergencias. dejar de cobrar/cobrar menos en los puestos y, en los centros, efectuar cobros medios.

Fijar un sistema de cobros/reglas del juego que contenga un metodo de incentivos que permita el auto-financiamiento del sistema (Hospitales Centros y Puestos). Esto requiere una estructura estandarizada para manejar el nuevo sistema (Controles, Supervision). Eliminar el pago directo a los medicos, sino a una caja unica en los Hospitales Puestos y Centros y una campaña de divulgacion masiva de como funciona este sistema. Servicios gratis para los pobres. Sistema de presupuesto que asigne mas recursos a las areas pobres (Centros Puestos) basados en el mapa de pobreza. Mejor uso de los recursos.
- 2 Cambiar la gerencia de los recursos humanos. MIFIN debe ser mas flexible con el MINSA (requiere una decision presidencial). 65% de los gastos del MINSA son salarios (Cuadro 1.6). El sistema de pagos debe simplificarse. Un solo cheque con todos los pagos sucursales bancarias moviles/accesibles. Des-medicalizacion. Des-Especializacion. Revision de *pensums* y sistemas de educacion medico/enfermera etc.

Mejorar el CIPS (estudio del Banco Mundial). Que el MINSA compre y supervise pero que la distribucion (flota de vehiculos) y el almacenamiento (bodegas) sea privado.

Mejorar el abastecimiento en centros/puestos Incentivar a la gente a ir ahí, a usarlos
Proyectos pilotos para incentivar a empleados a dar mejor/mas servicios revisar horarios
de atencion teóricos/efectivos (día, noche, etc) Cobro diferenciado

- 3 Mejorar la eficiencia de los hospitales Uso de quirófanos Que SILAIS puedan
contratar/sub-contratar directamente su personal Delegar/descentralizar para que se les
pueda evaluar/exigir rendición de cuentas (*accountability*) Papel de MIFIN debería
cambiar, por decisión presidencial El reto del MINSA no es "gastar menos", sino
"obtener mas ingresos" de sus propias actividades Gasta mucho en capital (27%) poco
per capita en salarios (45% total) y nada en mantenimiento (0% ?) O P S /FISE trabajan
en esto Entregar las instalaciones y presupuesto a los Municipios

"El Sistema de Salud es un problema mundial, ningún país está contento con su sistema"

ANEXO Resumen en cifras de los graficos presentados por el Dr John Fiedler
 (se encuentran en el informe del Dr Fiedler)

Cuadro 1	Atenciones medicas 1991 5 millones 1996 8 millones
Cuadro 2	Actividades 1995 Curativas = 70 % Preventivas = 90 % Hospitalizacion = 95 %
Cuadro 3	Curativas (consultas externas) 1993 = 81 % 1995 = 69 % (-12%, pero en terminos absolutos crecio porque aumento la poblacion y la demanda)
Cuadro 4	Gastos privados en salud Nicaragua 15 % Honduras 50 % El Salvador 45 % Costa Rica 44 %
Cuadro 5	Consultas (150) Centros 70 % (?) Puestos 15 % (30) Hospitales 16 %
Cuadro 6	Consultas por establecimiento Puesto 6 consultas Centro 109 consultas
Cuadro 7	Casas-Base del MINSA 1992 158 1993 3 460 1994 4 112 1995 4 112 (Pero no hay informacion sobre su desempeño)

- Cuadro 8 Gastos Corrientes reales han disminuido progresivamente
 1990 = \$78 millones
 1995 = \$54 millones
 (Al contrario de la cantidad de actividades curativas, que cada vez tienen menos recursos y producen mas)
- Cuadro 9 Gastos Corrientes reales (solo presupuesto)
 41% primario (CS y PS)
 46% secundario (Hospitales)
- Cuadro 10 Ingresos propios bastantes, pero no presupuestado ni controlados
- Cuadro 11 Causas del "by-pass" (ir directo al hospital sin pasar por el CS o el PS)
 1) Disponibilidad de medicinas
 2) Estructura de incentivos para cobro a pacientes
- Pagan por servicio de consulta externa
- | | |
|----------|-----|
| Hospital | 14% |
| Centro | 31% |
| Puestos | 42% |
- Cuanto se paga en promedio
- | | |
|----------|---------|
| Hospital | C\$17 3 |
| Centro | C\$ 4 5 |
| Puesto | C\$ 5 4 |
- (Esta estructura de cobro es contraria a las politicas y metas del MINSA)
- Cuadro 12 Médicos especialistas (17 Hospitales)
- | | |
|-------------------|------|
| Horas contratadas | 8 00 |
| Horas trabajadas | 5 00 |

Terminos de Referencia

Analizar las recomendaciones específicas del estudio Fiedler con el Ministro de Salud y el equipo del Ministerio, e identificar un plan de acción para ser implementado en el corto plazo. Las áreas cubiertas, además de cualesquiera otras que el consultor proponga, incluirán

- Reforma de las tarifas para los usuarios
- Mejoramiento del manejo de los recursos humanos
- Necesidades de capacitación

El consultor preparará un Plan de Acción en Borrador, que consistirá de una pequeña lista de recomendaciones sobre acciones coherentes y graduales para consideración del Ministerio. Este Borrador incluirá estimados de los costos de implementación y una descripción de los impactos esperados.

El consultor discutirá el Borrador del Plan con el Ministerio, y le brindará asistencia para lograr un consenso con respecto a un Plan de Acción final a ser implementado. El consultor también ayudará al Ministerio en sus contactos con donantes, según sea necesario.

Al término de la consultoría, el consultor escribirá un Informe sobre el Viaje, que incluirá el Plan de Acción y analizará las discusiones con el Ministerio y las conclusiones a las que se llegó.

Nivel de Esfuerzo

Cinco días laborables en Managua

x \public\docs\sowhealt h1
07/23/97

**TEMAS A DESARROLLAR POR EL CONSULTOR DE AID PARA
POSTERIOR ELABORACIÓN DE TÉRMINOS DE REFERENCIA.**

- 1 - Análisis econométrica de la atención hospitalaria
- 2 - Metodología y diseño de costos de los servicios hospitalarios y tarifas de precios
- 3 - Lineamientos y/o pasos para profundizarla descentralización del presupuesto

Managua 11 de Diciembre de 1997

**TEMA A DESARROLLAR POR EL CONSULTOR DE USAID PARA
POSTERIOR ELABORACION DE TERMINOS DE REFERENCIA**

- 1 propuesta per la preparacion de una metodologia y diseño del estudio de costos de los servicios del primer nivel de atencion y tarifas de precios
- 2 propuesta de un proyecto piloto en un SILAIS de referencia y 2/3 municipios donde implementar un sistema de gerencia reformado consecuentemente a el estudio de costos y tarifas

Managua 8 de Enero 1998

USAID - PROYECTO NEPAI

ASESORIA DEL DR. G. CASONE

INFORME SOBRE LA IDENTIFICACION DE UN PROYECTO DE SALUD *Managua, Enero 1998*

I PREMISA

El consultor fue invitado a comentar y asesorar el estado de implantacion de las recomendaciones finales del Dr Fiedler (conferencia del 11 de Julio del 1997, MINSA)

Recomendaciones Finales del Dr Fiedler

- 1 *Cambiar el sistema de cobros (tarifas) cobrar mas en consulta externa de Hospitales, en emergencias que no son emergencias dejar/cobrar menos en los puestos y en los centros efectuar cobros medio un sistema de cobros/reglas del juego que contenga un metodo de incentivos que permita el auto financiamiento del sistema (Hospitales Centro y Postos) Esto requiere una estructura estandarizada para maneja el nuevo sistema (Controles, Supervision) eliminar el pago directo a los medicos sino a una caja unica en los Hospitales Puestos y Centros y una campana de divulgacion masiva de como funciona este sistema Servicios gratis para los pobres basado en el mapa de pobreza Mejor usos de los recursos*
- 2 *Cambiar la gerencia de los recursos humanos MIFIN debe ser mas flexible con el MINSA (requiere una decision presidencial) 65% de los gastos del MINSA son salarios El sistema de pagos debe simplificarse uno cheque con todos los pagos sucursales bancarias moviles/accesibles Des-medicalizacion, des-especializacion Revision de pensums y sistemas de educacion medico/enfermera etc Mejorar el CIPS (estudio del Banco mundial) que el MINSA compre y supervise pero que la distribucion (flota de vehiculos) y el almacenamiento (bodegas) sea privado Mejorar el abastecimiento en centros/puestos incentivar la gente a ir ahi a usarlos Proyectos pilotos para incentivar a empleados a dar mejor/mas servicios revisar horarios da atencion teoricos/efectivos Cobro diferenciado*
- 3 *Mejorar la eficiencia de los hospitales uso de quirofanos Que SIAIS puedan contratar sub-contratar directamente su personal Delegar/descentralizar para que se les pueda evaluar/exigir rendicion de cuentas Papel de MIFIN debera cambiar por decision presidencial El reto de MINSA no es gastar menos sino obtener mas ingresos de sus propias actividades Gasta mucho en capital (27%) poco per capita*

*en salarios (45% total) y nada en mantenimiento OPS/FISE trabajan en esto
Entregar las instalaciones y presupuesto a los Municipios*

Ademas se examino la propuesta final del "Proyecto de Modernizacion del sector Salud Nicaraguense –segunda fase -" (el proyecto va a ser financiado para el Banco Mundial y desarrollara' posiblemente en el verano del 1998) con el objetivo de compararlo a las dichas recomendaciones finales

Esto es un proyecto muy articulado que considera todos los diferentes aspectos (institucionales, administrativos y operativos) del proceso de reforma del Sistema Salud y representara' el nucleo central de las actividades de reforma del MINSA durante los proximos cinco años

Las recomendaciones finales del Dr Fiedler son , en linea general, tratadas en el informe logico del proyecto y ,al menos de preocupaciones de caracter general a proposito del modelo de gerencia del proceso de reforma, se debe confirmar que el MINSA con esto proyecto se es coherentemente compromiso en el proceso de modernizacion y de reforma

Ademas se procede' a identificar una area de desarrollo prioritaria en el analisis del Dr Fiedler y que tambien necesita de un apoyo suplemental durante los cinco años de desarrollo del Proyecto Banco Mundial –segunda fase -

Como consecuencia de esta analisis el consultor fue encargado de los siguientes terminos de referencia elaborados posteriormente

II TERMINOS DE REFERENCIA

Propuesta per la preparacion de una metodologia y diseño del estudio de costos de los servicios del primer nivel de atencion y tarifas de precios
Propuesta de un proyecto piloto en un SILAIS de referencia y 2/3 municipios donde implementar un sistema de gerencia reformado consecuentemente a el estudio de costos y tarifas

III INTENTO

El exito de la Descentralizacion Presupuestaria depende de un proceso de asignacion de los recursos que asegura su uso eficaz y un procedimiento de control que garantice su uso eficiente

Esta eficiencia sol se puede medir se si conoce el costo de cada prestacion de los servicios ofrecidos y ejecutados, consecuentemente la determinacion los costos estandares que permitiria una mejor informacion y control financiero

Entonces se necesita de un sistema de costos que mide el uso de los recursos con relacion de las prestaciones individuales de cada actividades o servicios de salud

En este sistema se deberían incorporar, juntos a los costos unitario reales, los instrumentos de gerencia de todo tipo de ingresos alternativos actualmente existentes o bien a ser implantados

El catalogo de cuentas de la contabilidad patrimonial y el Sistema de Administracion Financiera (SAF) permiten diseñar un nuevo sistema (o bien posiblemente de desarrollar el existente SAF) que puede ser usado periodicamente

Consiguientemente se debería diseñar un sistema de cobros diferenciados de las prestaciones de servicios que tenga cuenta de la condicion de pobreza y de la esencialidad de la prestaciones

El resultado final podria ser medido con un incremento de la eficiencia y de la productividad del servicio y con un cambio positivo de da la percepcion que tiene el publico del servicio de salud

Se recomienda de implementar un proyecto de asistencia tecnica al MINSA con los siguientes objetivos

IV OBJETIVOS

Los objetivos principales de esto proyecto serian

- a elaborar y implantar un sistema de asignacion de recursos fiscales basado en el costo de la prestacion de servicios y en la capacidad, de cada centro de costos, de producir ingresos
- b mediante el analisis de las prestaciones de servicios y procedimientos contables, diseñar y implantar un sistema de determinacion de costos unitarios de cada prestacion para ser utilizado periodicamente en el proceso de decisiones de gerencias
- c mediante una analisis comparada de todos ingresos (presupuesto fiscal, donaciones, tarifas y otros recursos alternativos) y de los costos unitarios, elaborar y implantar un modelo de tarifas de prestaciones estandar que permita un recupero parcial de los costos
- d elaborar y implantar un nuevo sistema de administracion financiera (desarrollo del SAF) que permitia la gerencia completa de todos costos y recursos
- e analizar y fortalecer todas posibilidades de servicios y actividades productores de ingresos a ser implantada

V FACTIBILIDAD

La factibilidad de introducir un sistema de asignacion de recursos basado en el costo de la prestacion de servicios y en la capacidad de gerencia y produccion de los ingresos alternativos depende en primera instancia en la factibilidad de diseñar y implantar un nuevo sistema de determinacion de los costos que

incurran en las Unidades Descentralizadas en la prestación de los distintos servicios de salud ofrecidos y ejecutados

A presente existe un Sistema de Administración Financiera, un estudio de MSH sur los costos del primer nivel de atención y otros estudios que facilitan el diseño de este sistema

Lo que falta en general a estos estudios es un análisis general de los costos y de los ingresos fuera del presupuesto fiscal, es decir otros ingresos de los Centros de Salud que, en la práctica, contribuyen a hacer frente a los costos reales de los servicios ofrecidos

Además falta una visión general de los servicios ofrecidos como potenciales generadores de ingresos necesarios para recuperar los costos y mejorar la calidad del servicio

No obstante hay factores organizacionales y políticos que podrían impedir la introducción de un sistema de asignación de recursos basado en los costos de la prestación de los servicios y su capacidad de producción de ingresos

1 esta forma de asignación implica la medición de servicios prestados en relación a recursos asignados, o sea la productividad. Implica además la fijación de estándares de productividad. En cualquiera organización, la imposición de estándares y su medición, donde anteriormente no existía la forma de medir resultados contra estándares, produce resistencia entre aquellas personas cuyo desempeño ha de ser evaluado

Podría haber oposición organizada al nuevo sistema de la parte del personal médico y de la parte del gremio de los trabajadores de la salud también quienes lo perciben como algo impuesto por una administración anterior o por un organismo externo

2 además hay que esperar una forma de resistencia a nivel de los usuarios que tampoco fueron educados a ninguna forma de cobros sobre los servicios ofrecidos. Esta resistencia podría manifestarse en una forma social y política también

En conclusión la factibilidad operacional de introducir este nuevo sistema de asignación de recursos depende menos de un diseño operativo y más de la forma en como se lo introduce. Por tanto se recomienda de iniciar la introducción del nuevo sistema como proyecto piloto en un SILAIS entero y otros municipios lo cual dará la oportunidad para hacer ajustes a base de la experiencia

Una vez habiéndose probado en algunas unidades descentralizadas se podrá expandir el sistema en círculos concéntricos hasta llegar al nivel nacional

Se recomienda de dar a los médicos y los trabajadores de la salud la oportunidad de ofrecer sugerencias sobre el nuevo sistema. Si bien es necesario contar con informaciones escritas sobre el nuevo sistema para ofrecer a las autoridades a nivel central la oportunidad también de participar a la introducción de el nuevo sistema.

Se recomienda también de explicar los usuarios de las razones los cambios que se implantarán y registrar las reacciones y las sugerencias, es decir que se deberían hacer todos los esfuerzos posibles para invitar las comunidades a participar al proceso de reforma al fin que sientan como su propia las estructuras del sistema de salud.

Estos aportes contribuirán a perfeccionar el sistema y el proceso ayudará a disminuir la resistencia al cambio.

Como consecuencia se recomienda una implantación del proyecto en tres fases distintas.

I fase diseño y validación del nuevo sistema de administración financiera mediante análisis socio-económico y del sistema de salud de primer nivel,

II fase implantación del sistema mediante un proyecto piloto en un entero SILAIS y en diferentes municipios.

III fase implantación del sistema a nivel nacional.

VI TAREAS ESPECIFICAS

I fase

- a) Evaluar los procedimientos administrativos, financiero-contables existentes y determinar las debilidades y carencias que pudieran dificultar la implantación de un sistema de costos y tarifas de aplicación periódica.
- b) Evaluar las condiciones socio-económicas de los municipios seleccionados para una implantación mejor del proyecto.
- c) Seleccionar, en consulta con el personal involucrado, aquellos centros de costos de que podrían servir como base para la determinación de los costos unitarios de las prestaciones de cada centro.
- d) Determinar los costos estándar de estas prestaciones de servicios mediante encuesta de tiempo materiales y otros costos asociados con cada servicio en un SILAIS y diferentes municipios.
- e) Diseñar un nuevo sistema de costos/tarifas asociadas y donar varias opciones en consideración de implantación en consideración de las condiciones de pobreza y de la esencialidad de la prestación.
- f) Presentar el sistema propuesto a funcionarios del MINSA para su discusión, recibir la retroalimentación de los mismos sobre dichos

sistema e incorporar los cambios que , se acodan como esenciales y/o deseables para el buen funcionamiento del sistema

II fase

- a Diseñar los procedimientos administrativos y financiero-contables que se requieren para facilitar la implantacion del nuevo sistema d e costos y tarifas revisado y aprobado por los funcionarios del MINSA y validar los formularios para la capacitacion y registro de los datos necesarios
- b Elaborar un Manual del nuevo sistema de costos de aplicacion periodica
- c Entrenar a los empleados responsables para la ejecucion del nuevo sistema en su uso
- d Implantar el sistema en los municipios y SILAIS piloto, de los puestos de salud (y posiblemente hasta el nivel de los hospitales menores a fin de una integracion del servicio)
- e Fortalecer las actividades existentes de produccion de ingresos propios y implantar nuevas
- f Evaluar la implantacion del proyecto con la participacion del las comunidades, del personal local y del MINSA

III fase

- a. Extender la implantacion del proyecto a nivel nacional

VII METODOLOGIA

El consultor seleccionado debera familiarizarse con los sistemas y procedimientos mediante el estudio de documentos , entrevistas con funcionarios en Minsa central y visitas a los SILAIS y Municipios seleccionados. Ademas antes de seleccionar los servicios que se usarian en el nuevo sistema de costos y tarifas como estandares el consultor debia entender los objetivos y los procedimientos de los servicios medicos mediante la observacion y entrevistas con el personal medico y paramedico. La seleccion debe hacerse mediante un proceso participativo para facilitar la aceptacion del sistema diseñado por parte de dicho personal. Los resultados de la encuesta de tiempos y materiales, así como el diseño del mismo sistema , deberian ser discutidos con los funcionarios y medicos , en reuniones participativas, con el proposito de introducir dicho nuevo sistema y estar en capacidad de introducir las sugerencias que surgieren y acordaren

Igualmente los usuarios deberian ser interesados al proyecto a nivel comunitario con cualquier tipo de participacion seria posible implementar

VIII PRODUCTOS ESPERADOS

- A Un diseño definitivo de sistema de costos unitarios estandares de las prestaciones de servicio

- B** Un sistema estándares de tarifas que tenga cuenta a de las condiciones de pobreza, b de la esencialidad de las prestaciones
- C** La implantacion de un sistema de administracion financiera (SAF desarrollado) que permite
- i contabilidad fisica del presupuesto,
 - ii gerencia de los costos unitarios de prestaciones,
 - iii gerencia de las tarifas y ingresos relativos,
 - iv gerencia de sub-categorias de catalogo,
 - v gerencia de inventarios
- D** La capacitacion a los funcionarios, empleados y posiblemente representantes de la comunidad que manejarían el sistema de costos y ingresos planeacion presupuestaria de los ingresos alternativos
- D** El fortalecimiento de las actividades de produccion de ingresos propio (por ejemplo farmacias populares, servicios diagnosticos, odontologia y otros posibles)
- E** El incremento de la calidad y de la eficiencia general del servicio

IX DURACION

Para asegurar el cumplimiento del objetivo planeado y la ejecucion de las responsabilidades especificas, se requerira de un periodo de tiempo estimado en cinco años con la siguiente distribucion

- I fase** seis meses
- II fase** un año y medio
- III fase** . tres años

X CONTRAPARTE NACIONAL

El director general de la planificacion del MINSA

XI COSTO DEL PROYECTO

El costo del proyecto dependera' principalmente

- 1 Del nivel de implantacion del proyecto piloto,
- 2 del nivel de implantacion nacional del proyecto,
- 3 de la cantidad de asistencia tecnica requerida,
- 4 De la cantidad de equipo requerido

El consultor no esta ahora en la condicion de medir el costo del proyecto

XII CONSIDERACIONES FINALES

- 1 Es conviccion general que los temas que serian tratados en este proyecto son de importancia primaria al interior del proceso de reforma del sistema de salud y ademas son de importante contenido impacto politico y social Consiguientemente se recomienda en el interes de la factibilidad del proyecto el compromiso del nivel mas alto del MINSA
- 2 Seria ademas necesario seleccionar anteriormente los SILAIS y Municipios donde implementar el proyecto piloto, verificar su compromiso y medir la cantidad de personas que necesitarian de capacitacion
- 3 Se recomienda tambien de verificar, como condicion preliminar las posibilidades reales de fortalecer les existentes actividades de produccion de ingresos propios y la posibilidad de implantar nuevas
- 4 Una analisis de los costos de implantacion del proyecto podria ser hecha en base al contenido de los parrafos precedentes

En conclusion se recomienda una nueva mision de preparacion del proyecto a realizarse en seguida despues que el MINSA habia manifestado el su interes oficial en el proyecto