

**PNUD
CONSULTORÍA No.2019/1061
EL SALVADOR**

“Evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud”

INFORME FINAL

**JOSÉ PEDRO ALBERTI
19 de julio de 2019**

ÍNDICE

LISTADO DE CUADROS	3
LISTADO DE FIGURAS	4
ABREVIACIONES	5
RESUMEN EJECUTIVO	9
1. INTRODUCCIÓN	16
2. CONTEXTO RELEVANTE	17
3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	22
3.1 Intervención del PNUD en el sector de salud en El Salvador	22
3.2 El portafolio actual de proyectos en salud del PNUD	23
3.3 Análisis de evaluabilidad	23
4. ALCANCES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	27
4.1 Objetivo	27
4.2 Alcance	27
5. ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN Y MÉTODOS	30
5.1 Marco conceptual	30
5.2 Metodología aplicada	30
5.3 Técnicas, fuentes, medios e instrumentos para recolección de datos	31
5.4 Criterios de evaluación y preguntas para la evaluación	32
5.5 Limitantes de la evaluación	32
6. ANÁLISIS DE DATOS	34
6.1 Niveles de análisis	34
6.2 Métodos para el análisis de datos	35
6.3 Triangulación de la información	36
7. HALLAZGOS	37
7.1 MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS	37
7.2 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS)	46
7.3 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS (FOPROLYD)	59
7.4 LA ADECUACIÓN DE LA TEORÍA DE CAMBIO	66
8. CONCLUSIONES	70
8.1 PERTINENCIA	70
8.2 EFICIENCIA	71
8.3 EFECTIVIDAD	73

8.4	SOSTENIBILIDAD	76
9.	RECOMENDACIONES	79
9.1	Contribuir a fortalecer la estructura de gestión del sistema MINSAL	79
9.2	Complementar el mecanismo de monitoreo en la modalidad NIM	81
9.3	Sensibilización y capacitación a asociados en compras de medicamentos	82
9.4	Implementar módulo de seguimiento longitudinal de precios transados	82
9.5	Mejorar indicadores de resultado de los proyectos	83
10.	LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS	84
	ANEXO 1: ESTRUCTURA DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE	85
1.	El método de análisis técnico-normativo de la estructura de gestión	85
2.	La síntesis del análisis	86
3.	El proceso de 20 años de legislación visto paso a paso	89
	ANEXO 2: INDICADORES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	97
	ANEXO 3: MATRIZ DE EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS	99
	ANEXO 4: MAPA DE PARTES INTERESADAS	104
	ANEXO 5: LISTA DE INDIVIDUOS ENTREVISTADOS Y LUGARES VISITADOS	105
	ANEXO 6: LISTA DE DOCUMENTOS EXAMINADOS	110
	ANEXO 7: MAPA DE RESULTADOS	113
	ANEXO 8: TABLA RESUMEN DE HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	114
	ANEXO 9: CÓDIGO DE CONDUCTA FIRMADO POR EL EVALUADOR	117
	ANEXO 8. CÓDIGO DE CONDUCTA	117
	ANEXO 10: TÉRMINOS DE REFERENCIA	118

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1:	Resumen de proyectos según lo presentado en los TDR de la evaluación	7
Cuadro 2:	Ejecución presupuestal MINSAL 2007-2018 (en millones de US\$)	41
Cuadro 3:	Evolución de la ejecución presupuestal ISSS régimen salud 2014-2018 (en US\$)	52
Cuadro 4:	Mora patronal ISSS a mayo 2018 (en US\$)	53
Cuadro 5:	Evolución de la mora patronal ISSS 2014-2018 (en US\$)	53
Cuadro 6:	Proyección de la mora patronal ISSS 2019-2026 (en US\$)	54
Cuadro 7:	Evolución de la ejecución presupuestal FOPROLYD 2014-2018 (en US\$)	62
Cuadro 8:	Evolución de la población beneficiada 2014-2018, con desagregación por género	63
Cuadro 9:	Evolución del subsidio per cápita en FOPROLYD 2014-2018 (en US\$)	63
Cuadro 10:	Resultado de encuestas de satisfacción FOPROLYD 2016-2018	64
Cuadro 11:	Estructura de gestión del sistema de salud según Código de Salud de 1998	91
Cuadro 12:	Estructura de gestión del sistema de salud según Decreto Legislativo 447 de 2007	93
Cuadro 13:	Estructura de gestión del sistema de salud según Decreto 82 de 2008	94
Cuadro 14:	Estructura de gestión del sistema de salud según Hoja de Ruta 2016	95
Cuadro 15:	Estructura de gestión del sistema de salud según Hoja de Ruta 2016	96
Cuadro 16:	Evolución del GCS en El Salvador en dólares corrientes y como % del PBI	97
Cuadro 17:	GSC como % del PBI – países seleccionados (2015)	97
Cuadro 18:	GSP como % del gasto total en salud – países seleccionados (2015)	98
Cuadro 19:	Gasto en salud per cápita como % del PBI per cápita	98
Cuadro 20:	Matriz de evaluación	99
Cuadro 21:	Partes interesadas	104

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1:	Tasa de incidencia de casos de TB (todas las formas) a nivel nacional 2010-2017	42
Figura 2:	Tasa de incidencia TB con y sin población en centros penales 2008-2018	42
Figura 3:	Tasa de incidencia TB en centros penales 2002-2018	43
Figura 4:	Estructura de gestión de una política pública moderna y descentralizada	86
Figura 5:	Estructura de gestión del sistema de salud según su normativa vigente	87

ABREVIACIONES

CD	Comité Directivo del SNS
CISALUD	Comisión Intersectorial de Salud
CPD	Country Programme Document
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
COSAM	Comando de Sanidad Militar
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
CT	Comité Técnico del SNS
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
DNM	Dirección Nacional de Medicamentos
DUI	Documento Único de Identidad
FOPROLYD	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPSFA	Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
JV	Juntas de Vigilancia
LACAP	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
MINSAL/MSPAS	Ministerio de Salud o Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NIM	National Implementation
NTCIE	Normas Técnicas de Control Interno Específicas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNTB	Programa Nacional de Tuberculosis
PRODOC	Project Document
SAFISSS	Sistema Administrativo Financiero del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
SIABES	Sistema Integrado de Atención a personas Beneficiarias y Solicitantes del FOPROLYD
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
STPP	Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia
TB	Tuberculosis
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
TDR	Términos de Referencia

AGRADECIMIENTO

Esta evaluación se centra en las normas, los estándares técnicos, los sistemas, los procesos, los procedimientos y las funciones asumidas por las distintas instituciones interactuantes en el portafolio de salud del PNUD, que determinaron en su conjunto la ejecución de los proyectos. A ese conjunto de factores objetivos van dirigidos algunos comentarios de la evaluación que pudieran tener un tono crítico. Nunca dirigidos a las personas responsables por su gestión, todas las que - como habitualmente sucede y también en este caso - mejoraron en mucho con su desempeño personal los logros de los proyectos, al que no está ajeno en este caso concreto un alto compromiso por parte de todos los involucrados, sin el cual el éxito del que da cuenta esta evaluación, no hubiera sido posible. Pero el análisis crítico de normas, estándares técnicos, sistemas, procesos, procedimientos y funciones asignadas es vital para evaluar los proyectos y proyectarlos, valga la redundancia, en sus impactos de desarrollo para el conjunto de la población salvadoreña, especialmente la que carece de seguros públicos o privados de salud y permanece con serias limitaciones en su acceso a servicios de salud oportunos y de la calidad que merecen.

Esta evaluación desea agradecer muy especialmente a todas las personas que tomaron parte activa de la misma, ya sea en la oficina del PNUD en San Salvador, en las instituciones incluidas en el portafolio de salud, así como pertenecientes a otras instancias nacionales e internacionales vinculadas con la temática de la evaluación. A todos y todas nuestro sincero agradecimiento, los aportes de esta evaluación se deben a su comprometido aporte, sin el cual no podríamos haber completado nuestro trabajo. Las limitaciones que permanecen son de exclusiva responsabilidad del evaluador.

José Pedro Alberti
Santa Tecla, El Salvador
19 de julio de 2019

Información de la Evaluación		
Tipo de evaluación (proyecto/ efecto/ temática/ programa de país, etc.	No. 2019/1061 CONSULTORÍA “Evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud” EL SALVADOR	
Final, medio término/otra	EVALUACIÓN DE PORTAFOLIO	
Período sujeto a evaluación	Inicio	Final
	2016	2018
Evaluador	José Pedro Alberti	
Correo electrónico evaluadores	albertijosepedro@gmail.com	
Fechas de la evaluación	Inicio	Cierre
	29/04/2019	19/07/2019

Cuadro 1: Resumen de proyectos según lo presentado en los TDR de la evaluación

<i>Información de Proyectos</i>		
Efecto/Producto del CPD	<i>Efecto 1: La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.</i> <i>1.1 Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local</i>	
Producto del Plan Estratégico	<i>1.2.1 Capacities at national and sub-national levels strengthened to promote inclusive local economic development and deliver basic services including HIV and related services</i>	
País	El Salvador	
Región	Latinoamérica	
1. Título del Proyecto	Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis	
Numero de Atlas	00068118/00083506	
Resultado esperado del proyecto	<i>Fortalecer las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis para la respuesta nacional a la tuberculosis, reducir el número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.</i>	
Fecha de firma del documento de proyecto	4/10/2012	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/10/2012	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	7,804,746.45	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	7,462,386.53	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Ministerio de Salud-MINSAL	
2. Título del Proyecto	Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado	
Numero de Atlas	00076049/00087638	
Resultado Esperado del Proyecto	<i>Mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de la mora patronal fortalecido</i>	
Fecha de firma del documento de proyecto	05/11/2014	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	20/10/2014	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	5,135,516.34	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	4,021,187.800	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño del Seguro Social- ISSS	
3. Título del Proyecto	Promoción y restablecimientos del derecho a la salud del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II	
Numero de Atlas	110633/109881	
Resultado Esperado del proyecto	<i>Mecanismos que fortalezcan la recuperación de la mora patronal y provisión oportuna y eficiente del suministro de medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición, reactivos de laboratorio e insumos odontológicos</i>	
Fecha de firma del documento de proyecto	31/10/2018	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/07/2018	31/12/2021
Presupuesto del Proyecto	3,649,842.900	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	85,494.300	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador	

Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño del Seguro Social-ISSS	
4. Título del Proyecto	Fortalecimiento de las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la mejora en atención a sus derechohabientes	
Numero de Atlas	00061024	
Resultado esperado del Proyecto	Fortalecidas las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) en el cumplimiento de metas organizacionales en lo referente a aspectos de administración de los servicios de salud y equipo de oficina, así también brindado apoyo para la desconcentración de los servicios médicos especializados a través del equipamiento de Unidades Policlínicas Magisteriales; y finalmente en la provisión de medicamentos esenciales, insumos de laboratorio y reactivos.	
Fecha de firma del documento de proyecto		
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/01/2011	31/12/2016
Presupuesto del Proyecto	21,294,728.013	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	21,294,728.013	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial-ISBM	
5. Título del Proyecto	Fortalecimiento ISBM Fase II	
Numero de Atlas	00088365/00095074	
Resultado esperado del proyecto	Fortalecimiento de los servicios brindados por Bienestar Magisterial a sus derechohabientes, a través de la oportuna provisión de medicamentos, insumos y tecnología.	
Fecha de firma del documento de proyecto	N/D	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/01/2017	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	10,998,872.100	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	4,998,872.100	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial-ISBM	
6. Título del Proyecto	Fortalecimiento Institucional de FOPROLYD	
Numero de Atlas	00093487/00097726	
Resultado esperado del proyecto	Capacidades de FOPROLYD fortalecidas para una mejor atención de personas beneficiarias lisiadas de guerra. Atención en salud con énfasis en la población beneficiaria de FOPROLYD.	
Fecha de firma del documento de proyecto	3/05/2016	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	15/02/2016	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	2,409,111.67	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	1,258,134.37	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador	
Asociado en la Implementación	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado - FOPROLYD	

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo

De acuerdo con lo solicitado en los TDR respectivos, el objetivo de la evaluación es determinar *“cómo y en qué medida el PNUD ha contribuido a **generar capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.**”* Siendo sus objetivos específicos: i) *“analizar en profundidad el desempeño del apoyo del PNUD en las instituciones del Sistema de Salud; y ii) “explorar las razones subyacentes a los éxitos (o su ausencia) de corto y mediano plazo.”*

Alcance

El alcance de la evaluación comprende los 6 proyectos activos del PNUD en su portafolio de salud con cuatro instituciones nacionales en El Salvador (MINSAL/PNTB, ISSS, ISBM y FOPROLYD) durante el período 2016-2018. Como así también, los efectos del mismo en el fortalecimiento de capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local. En su conjunto, como medio para contribuir a mejorar el acceso y cobertura universal a los servicios básicos de salud. Las intervenciones bajo revisión son financiadas principalmente por el Gobierno de El Salvador y en algunos casos incluyen recursos regulares de PNUD.

Aspectos clave del enfoque y métodos de la evaluación

Para esta evaluación es un asunto de fondo conocer la estructura de gestión de la política pública de salud en El Salvador que resulta de la normativa vigente. Más específicamente, las funciones que el legislador salvadoreño ha ido definiendo para cada actor en cada nivel de gobernanza y sistema de gestión. Las fortalezas y debilidades de la estructura de gestión del actual sistema de salud público es un punto de atención de esta evaluación, a fin de contar con mayores elementos de contexto para responder adecuadamente las preguntas 1 a 4 de esta evaluación según los TDR recibidos, vale decir, pertinencia (teoría del cambio), eficiencia, efectividad y sostenibilidad.

De acuerdo con nuestra propuesta de metodología, buscamos cumplir con los objetivos específicos concentrados en: *“analizar en profundidad el desempeño del apoyo del PNUD en las instituciones del SNS”* y *“explorar las razones subyacentes a los éxitos (o su ausencia) de corto y mediano plazo”*. Tanto para adecuar la teoría del cambio, como para evaluar los resultados alcanzados en función de la gestión, y observar cuánto se ha contribuido a la generación de capacidades de gestión pública requeridas para la inversión pública para ampliar la cobertura y el acceso universal.

Las técnicas previstas para la recopilación de datos fueron: i) revisión de escritorio de documentación clave; ii) entrevistas semi estructuradas a las partes interesadas y referentes nacionales e internacionales; iii) entrevistas estructuradas con los responsables de planificación y ejecución de los seis proyectos y las correspondientes autoridades institucionales; iv) encuestas a beneficiarios en puertas de entrada a los servicios; y v) sistematización de los 4 estudios de casos, incluyendo los hallazgos de la evaluación en cada uno de ellos.

Cabe señalar aquí las limitaciones encontradas para la recopilación de datos: i) no se pudo completar el estudio correspondiente al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), por razones

ajenas a la evaluación; ii) la documentación relevante del proyecto, cuyo resguardo y entrega es responsabilidad de las instituciones nacionales asociadas en los proyectos con PNUD, no fue puesta a disposición de la evaluación de un modo completo; y iii) diversas limitantes han impedido contar en esta evaluación con una medición de la satisfacción de las personas usuarias con los servicios recibidos, con la única excepción del FOPROLYD.

Resumen de los principales hallazgos y conclusiones

El fortalecimiento de las **capacidades de planificación y ejecución** de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud ha estado presente de manera protagónica en el diseño de los proyectos acordados con las mismas. El portafolio de proyectos de salud del PNUD en asociación con las entidades nacionales y coordinados y ejecutados por las mismas, ha contribuido al logro de avances por parte de las instituciones seleccionadas en relación con el Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio, vale decir, *“Instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente”*, aportando con 3 casos, al menos, al cumplimiento del indicador seleccionado en el Documento Programa PNUD para El Salvador 2016-2020 (CPD 2016-2020), a saber, *“número de instituciones que adoptan nuevos sistemas de información y gestión”*, cuya meta es 5 instituciones para la totalidad del programa.

El portafolio en salud del PNUD responde en diversos planos a las **necesidades de las personas afectadas**, en consonancia con los ODS. En efecto, en el ISSS y en el MINSAL-PNTB se han apoyado acciones para contar con una mejor identificación de pacientes de TB y HIV y sus necesidades, así como para una mejor prestación de servicios y cobertura de medicamentos para estas personas (ODS 3.3). En todos los casos, se ha buscado fortalecer los mecanismos de identificación de las personas usuarias prestatarias de los servicios, asegurando o bien aproximándose a la cobertura universal de las mismas y a la provisión de medicamentos eficaces, asequibles y de calidad (ODS 3.8). Cabe señalar que los esfuerzos realizados por las instituciones seleccionadas les han permitido garantizar la cobertura universal, o bien muy próxima a ella, de las diferentes poblaciones meta a las que se dirigen, de tal modo que hacia el futuro, la cobertura deberá incrementarse mediante apoyos al sistema MINSAL que es dónde permanece prácticamente la totalidad del déficit de cobertura y acceso a la salud en El Salvador.

Se ha puesto debido énfasis en avanzar hacia niveles superiores de sensibilización y concientización de la **problemática de género** y en cierta medida se ha logrado al interior de las instituciones seleccionadas y con un amplio requerimiento por este enfoque en el caso FOPROLYD, dónde dentro de las poblaciones atendidas la mujer constituye un sujeto preponderante. Los procedimientos de atención al público, así como diversos medios de comunicación utilizados, muestran avances en materia de equidad de género. No obstante, no puede afirmarse que estos avances hayan permeado a todo el personal de las instituciones, especialmente en la atención médica, dónde los interlocutores con quienes ha trabajado la evaluación manifiestan que permanecen tratos discriminatorios hacia la mujer que ameritan una profundización de las acciones. En materia de género, resta un largo camino por recorrer. Incluso desde el mismo punto de partida que es la información sobre las condiciones de tratamiento a la mujer, habida cuenta que las encuestas de satisfacción que son aplicadas por algunas de las instituciones no recopilan información al respecto, vale decir, sus preguntas no tienen desagregación por género para conocer situaciones específicas. La transversalidad del enfoque de género no ha permeado aún las estructuras de gestión de las instituciones seleccionadas, no está presente como hemos adelantado en sus sistemas de información, no lo está tampoco en sus sistemas de normalización para desarrollar protocolos y

estándares técnicos específicos para la atención de la mujer, no se refleja en sus sistemas de planificación y presupuestación, dónde no se observan acciones específicas a lograr en materia de equidad de género. No obstante, el PNUD ha sido en los proyectos analizados garante y catalizador de procesos a favor de la mujer, lo que establece un firme punto de partida para avanzar en acciones de mayor profundidad en futuros proyectos que permitan permear toda la estructura de gestión con una visión concreta y adecuada para la atención de la mujer.

En relación con la **lógica de intervención** de los proyectos y tal como puede observarse en los estudios de casos realizados, existe abundante evidencia que el portafolio de salud se ha implementado de acuerdo con lo establecido en sus diseños contenidos en los correspondientes documentos de proyectos y que las revisiones sustantivas realizadas no han afectado dicha lógica, porque no se han enfrentado problemas de magnitud tal que las pusieran en cuestión.

Las entrevistas realizadas a los representantes de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD sobre **eficiencia en función de los costos**, muestran una opinión ampliamente compartida en materia de precios de bienes adquiridos a través de PNUD, particularmente medicamentos. Todos coincidieron en que los precios de los bienes han seguido dos grandes fases: i) una fuerte disminución de precios entre el antes y el después de la intervención del PNUD; y ii) una evolución constante luego de la misma. Sin embargo, la falta de información exacta sobre precios de referencia a consecuencia de la inexistencia de un sistema longitudinal de precios históricos permanece como preocupación, puesto que no se cuenta con un adecuado sistema de precios de referencia a la hora de implementar nuevos procedimientos contractuales por parte de las instituciones asociadas. Esta carencia de información confiable de precios de referencia, unida a la fuerte fragmentación de compra de medicamentos que se observa en el sistema de salud, dónde existen 8 instancias estatales comprando medicamentos y con fragmentación de compras aún dentro de las mismas, impide aplicar la programación anual de compras establecida en la LACAP a fin de adquirir medicamentos con garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse.

En virtud de la modalidad misma de intervención del PNUD en los tres proyectos analizados, dónde se gestionan compras con recursos públicos y se agregan montos marginales para complementar las mismas con adecuados apoyos para el fortalecimiento de la gestión en las instituciones seleccionadas, se observa claramente que la **relación costo-beneficio** ha sido especialmente alta en el caso de compras internacionales en virtud de las reducciones de costos señaladas por todos los entrevistados. PNUD ha posibilitado comprar a nivel internacional, logrando menores precios y mejor calidad. Especialmente en la compra de medicamentos, PNUD ha ampliado las posibilidades de adquisición poniendo presión competitiva en el mercado nacional de medicamentos.

Sin excepción, **se han alcanzado todos los resultados previstos** en los documentos de proyectos del portafolio de salud del PNUD con los asociados MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD. Se pueden diferenciar dos grandes bloques de resultados en función de los detalles establecidos en las respectivas estrategias de salida en cada proyecto y por ende en sus impactos de largo alcance. Por un lado, todos aquellos resultados vinculados con el fortalecimiento de las capacidades de gestión. En este ámbito, los resultados alcanzados se encuentran en línea con lo esperado en las estrategias de salida, sus efectos revisten carácter permanente en las instituciones y no se observan mayores necesidades para la permanencia de la intervención del PNUD en esos ámbitos. Por otro lado, se encuentran todos los resultados vinculados a la compra de medicamentos u otros insumos médicos. En este caso, si bien los resultados esperados en cada proyecto han sido alcanzados a plena

satisfacción de los asociados en términos de cumplimiento de actividades, aun no puede afirmarse que sus efectos sean sostenibles, ni que las instituciones seleccionadas hayan alcanzado las capacidades necesarias para proceder a la adquisición de estos bienes con base en una correcta aplicación de las normas de la LACAP y su programación anual. La estrategia de salida constituye en este ámbito una situación que aún debe ser alcanzada y que al mismo tiempo representa a juicio de esta evaluación un importante potencial de impacto de desarrollo del PNUD sobre el sistema de salud en su conjunto. Incluso, la búsqueda de ese fortalecimiento para la correcta compra de medicamentos con base en las normas de la LACAP por parte de diversas instituciones del sistema de salud, implicará el abordaje de otras acciones de fortalecimiento en paralelo, dónde el desarrollo de adecuados sistemas de información sobre precios de referencia con base en registros de precios históricos por producto será imprescindible.

Los proyectos desarrollados en asociación con MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD, coordinados y ejecutados por las mismas, han permitido alcanzar, con acciones referidas a sistemas de identificación y diagnóstico, al universo de los grupos poblacionales a los que se orientaron los mismos, vale decir, pacientes de tuberculosis bajo responsabilidad del MINSAL, pacientes de VIH bajo responsabilidad del ISSS, personas lisiadas o en condiciones de discapacidad a consecuencia del conflicto armado atendidas por FOPROLYD, así como trabajadores y trabajadoras que habían perdido sus beneficios de seguridad social y atención en salud en el ISSS por la mora de sus empleadores en el pago de las cotizaciones correspondientes. Hacia el futuro próximo del portafolio de salud del PNUD en su alineación con su Teoría de Cambio debe tenerse en cuenta que el mayor potencial para el avance hacia la **cobertura y acceso universales** se encuentra dentro de la estructura de atención del MINSAL y no de los diversos subsistemas autónomos como ISSS, COSAM o FOPROLYD, por mencionar los más importantes, los que ya han alcanzado la cobertura universal de sus respectivos grupos poblacionales asegurados o bien se encuentran muy próximos a lograrlo.

En la interacción con las entidades nacionales y por ende como consecuencia de proyectos asociativos, el PNUD ha generado **valores agregados** a partir de su enfoque de gestión de proyectos, los que generaron experiencias que hubieran sido difíciles de lograr dentro de la lógica de gestión pública predominante en el sistema de salud del país. Por orden de importancia en relación a las principales debilidades de la gestión pública, cabe señalar el énfasis puesto en la definición de adecuadas estrategias de alianzas que permitieron superar a nivel micro de los proyectos los problemas de articulación existentes a nivel macro del sistema de salud salvadoreño. En segundo lugar, se destaca la implementación sistemática año a año de un enfoque de planificación que incluye la presupuestación, vale decir, una presupuestación que apuesta al futuro y por ende está basada en el cumplimiento de metas de la planificación, necesaria y diferente a la típica presupuestación en lógica pública que va vinculada al sistema de administración, dónde siempre se repite el pasado, ajustando la presupuestación pasada solamente por variaciones en la cobertura de personas a atender (*inercia presupuestal*). En el mismo sentido y derivado de esta planificación/presupuestación por metas hacia el futuro, se destaca también el enfoque de monitoreo con base en los indicadores establecidos en el plan de monitoreo del proyecto, el que sin embargo aún debe potenciarse mucho más.

En relación con la **sostenibilidad** y de acuerdo con una visión de conjunto de las estrategias de salida acordadas en los proyectos, las acciones de fortalecimiento de la gestión, con excepción de las compras de medicamentos, han cumplido sus objetivos, sus efectos son duraderos, su sostenibilidad financiera está garantizada porque desde un principio han sido financiadas mayoritariamente con recursos de presupuesto ordinario, y no se observan normativas adversas que limiten sus impactos.

Respecto de este último punto, las normas de primera relevancia como las NTCIE de la Corte de Cuentas y la LACAP ofrecen un correcto respaldo al desarrollo de una gestión eficiente, efectiva y transparente. En todo caso, nuevas acciones de fortalecimiento institucional en nuevos proyectos sí son necesarias a fin de dotar a la estructura de gestión del sistema MINSAL de mayor unidad e integralidad.

En relación a las acciones orientadas a la adquisición de medicamentos y otros insumos médicos sofisticados como reactivos para laboratorios, de primera relevancia en el monto de la cartera de salud del PNUD y de alta relevancia en términos de impacto de desarrollo del sistema de salud salvadoreño, aún se está lejos del punto de retiro. No ha llegado aún el momento indicado por la estrategia de salida. Las instituciones del sistema de salud salvadoreño en un sentido amplio, incluidas las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD, se encuentran lejos de las capacidades necesarias para una correcta aplicación de la LACAP que redunde en precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega planificada y particularmente establecimiento de cláusulas contractuales que garanticen la reposición de stocks vencidos o a vencerse de medicamentos. En este ámbito, es adversa la normativa vigente y por ende la política y la estructura de gobernabilidad y procesos del sistema de salud. Y lo es en la medida que: i) secuestra la rectoría específica al MINSAL depositándola en la Dirección Nacional de Medicamentos; ii) permite la fragmentación de compras entre 8 instancias estatales y al interior de las mismas, por ejemplo, mediante una incorrecta interpretación de la autonomía de los hospitales públicos; iii) contiene perjudiciales vacíos respecto del sistema de información para la gestión de la salud pública, dónde no se exige la instalación y actualización de sistemas de precios de referencia basados en registros longitudinales o históricos de precios; iv) contiene superposiciones y contradicciones respecto de la rectoría y articulación del sistema de salud que van en detrimento del rol que debe ejercer el MINSAL como única y legítima instancia de gobierno de la salud pública, v) facilita la existencia de subsidios cruzados que superponen o duplican compras pequeñas de medicamentos realizadas en 60 días sin garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse; vi) no garantiza las potestades del MINSAL en la supervisión y monitoreo de todos los niveles de gobernanza del sistema de salud pública, con especial perjuicio para la compra de medicamentos, las que permanentemente se encuentran en la prensa por negativos juicios de la opinión pública referidos a la falta de stocks, medicamentos vencidos, medicamentos de mala calidad y medicamentos de alto costo sin cobertura de financiamiento público.

Fortalecer los resultados alcanzados es potenciar el rol del PNUD con base en el claro éxito obtenido mediante compras rápidas a nivel internacional que han disminuido precios e incrementado calidad y que por ende deben mantenerse como una de las facilidades a ofrecer, avanzando hacia mecanismos de programación anual de compras conjuntas o centrales, al principio de un reducido y selectivo abanico de medicamentos de alta relevancia y difícil adquisición como experiencia piloto y con base en licitaciones programadas anualmente para lograr precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos. Esta perspectiva podría tener un alto impacto de desarrollo dentro de una de las problemáticas más concretas, más urgentes y más relevantes en el sistema de salud salvadoreño. Y acompañar estas acciones desarrollando nuevas intervenciones de fortalecimiento de la gestión en otros sistemas como la información, la articulación, el financiamiento, la supervisión y el monitoreo, con base en las demostradas capacidades y valor agregado del PNUD a estos efectos, serán un fuerte complemento, junto al respaldo que ya brinda la normativa administrativa y de control nacional que representan la LACAP y las NTCIE de la Corte de Cuentas, todo lo que puede permitir que el alcance de un oportuno

momento para la estrategia de salida pueda darse en un período que se podrá planificar y monitorear efectivamente si se cumplen este conjunto de condiciones.

Recomendaciones

En relación con las estrategias a tener en cuenta en el futuro para el portafolio de salud del PNUD y la adecuación de su Teoría de Cambio, se recomienda:

- ✓ **Concentrar el portafolio de salud al interior del sistema MINSAL**, dado que el impacto, la prioridad nacional y el Efecto 1 esperados en la Teoría de Cambio no se podrán alcanzar con un portafolio de salud concentrado en los seguros públicos que ya han alcanzado sus respectivas coberturas universales, sino que es al interior del sistema MINSAL, responsable por el 72% de la población, dónde se encuentra ahora todo el déficit de cobertura y de acceso universal a los servicios básicos de salud.
- ✓ **Priorizar la resolución de problemas concretos y urgentes en la gestión MINSAL**, puesto que dada la evolución de 20 años en materia de legislación en salud, no es de esperar que el fortalecimiento de la gestión del sistema MINSAL pueda darse por vía legislativa, más bien, parece más factible y con mayor garantía de consistencia que los avances legislativos se realicen en el futuro sobre la base de los aprendizajes y fortalezas que se logren en la solución de problemas concretos y urgentes, como las tres siguientes soluciones a implementar.
 - **Implementar un sistema de información integrado** que contenga, entre otros módulos: i) un sistema de precios de referencia consistentes, basado en un registro de precios históricos respecto de cada producto que se adquiere; así como ii) un expediente electrónico por ciudadano/a por DUI que incluya información sobre si está asegurado o no en alguna instancia pública o privada, así como su historia clínica.
 - **Implementar un sistema de central de compras** para aquellas que requieren de una gestión centralizada para lograr precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y en el caso de medicamentos, cláusulas de reposición de stocks vencidos o a vencerse, asegurando la trazabilidad completa de los bienes adquiridos y muy especialmente medicamentos, incluyendo también un sistema de clearing o compensaciones de medicamentos entre los diversos actores del sistema MINSAL, un sistema de alerta para la reposición de stocks a vencerse y un sistema para la agregación de las compras a realizarse en siguientes procedimientos contractuales, dónde en un primer momento tendrá un rol decisivo la implementación de dichas compras centrales a través del sistema PNUD, equivalente en normas a la LACAP, para que con el progresivo fortalecimiento de la estructura de gestión del MINSAL en todos sus sistemas y niveles de gobernanza, éste pueda ir asumiendo la gestión de las mismas.
 - **Fortalecer un sistema de financiamiento eficiente, efectivo y transparente** que, en la medida que se pueda avanzar con el fortalecimiento de los sistemas de información y administración, pueda operar con inteligencia financiera, vale decir, establecer adecuadas proporciones de financiamiento por nivel de atención en salud, definir mecanismos correctos de financiamiento según las características de cada actor involucrado en el sistema MINSAL, así como los servicios que presta y los insumos que

requiere a esos efectos, y evitar cruces de subsidios que siempre van en perjuicio del MINSAL y por ende de la población sin seguro público y en peores condiciones económicas y sociales.

- ✓ **Contribuir a fortalecer gradualmente una estructura única e integral del sistema MINSAL** que, con base en los avances anteriores o bien en forma paralela cuando sea posible, supere los restantes problemas que impiden una efectiva rectoría por parte del mismo: i) carencia de una planificación y presupuestación por metas; ii) escasa articulación de actores del sistema MINSAL por sistemas y niveles de gestión; iii) ausencia de una supervisión en cascada sobre los diferentes niveles de gobernanza; iv) ausencia de un sistema de monitoreo que deriva de la ausencia de una planificación y presupuestación por metas para alcanzar el futuro; así como v) falta de sistemas de evaluación de resultados e impactos.
- ✓ **Replanteo de la legislación en salud**, avanzando primero en el conjunto de problemas concretos y de alta y mediana urgencia que hemos presentado, de modo que gradualmente sea posible avanzar en la superación de los obstáculos normativos que perjudican la función del MINSAL en el gobierno de la salud, especialmente el secuestro de su potestad rectora por parte de diversas otras instancias: i) la DNM en materia de medicamentos; ii) el CSSP en materia de supervisión; iii) el CD y el CT del SNS/SNIS o cómo se de en llamar al sistema, en la formulación de la política nacional de salud.

En relación con algunos mecanismos particulares a tener en cuenta en el futuro en relación al diseño y ejecución de los proyectos del portafolio de salud del PNUD, se recomienda:

- ✓ **Complementar el mecanismo de monitoreo establecido en la modalidad NIM**, incorporando el monitoreo como parte de los planes de fortalecimiento de dichas instituciones, previendo apoyos especializados que puedan generar esta capacidad durante del período de ejecución del proyecto.
- ✓ **Sensibilización y capacitación a los asociados en compras de medicamentos** respecto de las ventajas de planificar adecuados procedimientos contractuales que permitan alcanzar licitaciones internacionales que garanticen mejores precios, calidad verificada, oportunidad de entrega y cláusulas de reposición de stocks vencidos o a vencerse, así como jornadas de capacitación en la correcta aplicación de la LACAP a estos efectos.
- ✓ **Implementar un módulo sencillo de seguimiento longitudinal de precios transados** dentro del portafolio de salud que permita realizar un seguimiento de los mismos antes y durante la intervención para cada medicamento y otros bienes y servicios.
- ✓ **Mejorar resultados esperados por proyecto en su relación con la Teoría de Cambio**, formulando indicadores no en un sentido de cumplimiento de actividades que es lo que básicamente han constituido hasta el momento, sino en su aporte al logro de los resultados esperados en la Teoría de Cambio.

1. INTRODUCCIÓN

Esta evaluación abarca el portafolio de salud del PNUD en El Salvador, el que de acuerdo con lo establecido en los TDR de la evaluación: *“se compone de 6 proyectos, que en total alcanzan \$49.8 millones en presupuestos provenientes principalmente de recursos del Gobierno de El Salvador (fondos propios de las instituciones). Los proyectos tienen un horizonte temporal que varía entre 2 a 5 años y actualmente se encuentran en diferente nivel de avance en su implementación.”*

Esta evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud, tiene como propósito apoyar los esfuerzos del PNUD en proporcionar evidencias para la rendición de cuentas de la organización ante su Junta Ejecutiva, los donantes, los asociados y beneficiarios nacionales, así como para introducir las mejoras necesarias al abordaje y estrategias de implementación identificadas en el marco de programación vigente. Se busca identificar lo que ha funcionado y lo que no, y obtener recomendaciones y extraer lecciones que permitan continuar y profundizar el apoyo del PNUD en el acceso a servicios de salud de forma más efectiva de frente a las prioridades del nuevo Gobierno.

En el siguiente Capítulo 2 se realiza una descripción de la intervención del PNUD en el sector de salud. El alcance y los objetivos de la evaluación se presentan en el Capítulo 3. Los capítulos 4, 5 y 6 dan cuenta de la metodología, en el cuarto se presenta el enfoque de la evaluación y sus métodos y en el quinto el análisis de datos realizado, considerando las limitaciones encontradas, y en el sexto los detalles relativos al análisis de datos, en particular los métodos aplicados.

El Capítulo 7 presenta los hallazgos estructurados según los estudios de casos realizados para las tres instituciones participantes de la evaluación. Las conclusiones de la evaluación se presentan en el Capítulo 8 estructuradas en torno a los criterios o dimensiones de la misma: pertinencia (adecuación de la Teoría de Cambio), eficiencia, efectividad y sostenibilidad.

Con base en este análisis, se presentan en el Capítulo 9 las recomendaciones de la evaluación, las que refieren a estrategias y mecanismos a tener en cuenta en siguientes intervenciones del PNUD en el sector de salud de El Salvador.

Finalmente, se presentan en el Capítulo 10 algunos aprendizajes y buenas prácticas que se derivan de la experiencia realizada en torno a los seis proyectos del portafolio de salud del PNUD.

Complementan este Informe Final de la evaluación, una serie de anexos, algunos de ellos son estudios complementarios realizados en el marco de esta misión, que apoyan y complementan las diversas consideraciones que hacen en el mismo, como la estructura de gestión del sistema de salud de El Salvador según su normativa vigente en el Anexo 1 y una revisión y comparación internacional de indicadores de financiamiento de la salud en el Anexo 2.

2. CONTEXTO RELEVANTE

De acuerdo con lo indicado por el PNUD en los TDR de esta evaluación, *“El Salvador tiene la densidad poblacional más alta de América continental, debido a su extensión territorial (21.041 km²). La población estimada en el año 2017 era de 6.581.860 habitantes. Los menores de 30 años representaban 53.6% del total, mientras que las personas mayores de 60 años alcanzaban 12.6%. El 53% de la población correspondía al sexo femenino y 60.2% se encontraba en zonas urbanas.”*

“En los últimos años, los niveles de pobreza se han mantenido estables en el orden del 29.2% (2013-2017), después de una rápida reducción del 40% (2008-2011). Desde una perspectiva multidimensional, el 33.4% de los hogares (EHPM 2017) presentan privaciones que limitan el potencial de desarrollo humano, así como los derechos y oportunidades para participar en la sociedad. Las cuatro privaciones que afectan principalmente a los hogares salvadoreños son: la baja educación entre los adultos (79.0% de los hogares); el bajo acceso a la seguridad social (68.6%); restricciones debidas a la inseguridad (58.3%); y el subempleo e inestabilidad en el trabajo (54.7%). La falta de acceso a servicios de salud representaba el 16.6%¹ en 2016.”

“Varios son los factores que explican la problemática de la exclusión, entre los cuales se encuentran las limitadas capacidades del Estado para brindar una oferta suficiente de bienes y servicios básicos de calidad. Con una economía con bajo crecimiento² y el deterioro de los indicadores fiscales³, el gasto social ha mostrado una tendencia cíclica creciente (con un promedio del 6.6% interanual entre los años 2013 y 2017), reflejando los esfuerzos de apoyo al desarrollo social. La participación en el PIB del gasto social alcanza un promedio del 7.8%. (FUNDE, 2018).”

Además del indicador que refiere a los hogares con falta de acceso a la salud estimado en un 16,6%, cabe destacar que de acuerdo a los cálculos de la evaluación y con base en los datos de población cubierta por los distintos seguros públicos de salud, un 72% de la población carece de este tipo de cobertura y su atención es responsabilidad exclusiva del MINSAL. En efecto, solamente un 28% de la población tiene algún tipo de seguro público, o bien de modo muy marginal un seguro privado.

Asimismo, las encuestas disponibles sobre acceso de personas a la salud nos brindan información sobre la demanda efectiva de población que ha estado enferma en un período determinado y cómo fue su acceso a diversos tipos de prestaciones de salud. En efecto, en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2018 de DIGESTYC se indaga sobre la población que padeció enfermedad en el último mes a la realización de la encuesta, la que representó un 13,7% de la población nacional, vale decir, un total de 910.059 personas. El porcentaje de población que padeció enfermedad en el último mes es mayor en la población femenina (15%), que en la masculina (12,2%). Asimismo, es mayor en el primer quintil de ingreso (17,5%) que en el quinto quintil de ingreso (11,1%). De esta población que padeció enfermedad en el último mes, un 44,1% no consultó a nadie,

¹ Cabe señalar que, según su definición metodológica en la medición de pobreza multidimensional que realizan STPP y DIGESTYC, este indicador de 16,6% de hogares con falta de acceso a la salud refiere al porcentaje de hogares que han experimentado carencias en el acceso a servicios públicos de salud, o que no los usan porque perciben que no existe acceso a esos servicios. Más específicamente, el umbral definido para este indicador establece que el hogar está privado de acceso si al menos una persona que requirió atención médica no tuvo acceso a atención en el sistema público; o si el hogar, no habiendo requerido atención médica en caso de necesitarla, no acudió al sistema público por considerar que no había acceso al servicio.

² El promedio de los últimos años ha sido del 2.6% desde el año 2011. Según datos del Banco Central de Reserva, el 2017 habría cerrado con 2.3% y el 2018 con 2.6%).

³ De acuerdo a datos del Banco Central de Reserva, al término de 2016 el déficit fiscal fue de 3.1 % del PIB para luego reducirse a 2.5 % en 2017. Cifras preliminares indican que para el 2018 el déficit alcanzaría el 2.7%.

un 55,2% consultó a un doctor, y un 0,6% consultó a otros (enfermera, promotor/a de salud, farmacéutico/a, curandero/a, familiar o amigo/a). Por otra parte y nuevamente del total de personas que padecieron enfermedad en el último mes (910.059), un 25% manifestó contar con algún tipo de seguro médico. De este 25%, un 91,3% estaba asegurado en el ISSS, un 6,4% en el ISBM, un 1,7% en el IPSFA, y un 0,6% cuenta con algún seguro privado.

Del total de personas que padeció enfermedad en el último mes y consultó, a saber, un total de 507.813 personas, un 55,9% lo hizo en el MINSAL, un 19,4% lo hizo en el ISSS, otro 19,4% lo hizo en un establecimiento privado y un 5,4% lo hizo en hospital militar, ISBM u otros.

Asimismo, este porcentaje de 25% de personas que padecieron enfermedad en el último mes y se encontraba asegurado, varía levemente entre hombres (25,9%) y mujeres (24,2%), y muy significativamente entre el primer quintil (2,2%) y el quinto quintil de ingresos (45,7%). Como puede observarse la distribución del seguro médico, eminentemente público, es sumamente inequitativa. Vale decir, los seguros públicos de salud se encuentran fuertemente concentrados en las personas con mayores niveles de ingreso.

Por otra parte y refiriéndonos ahora al total de la población de El Salvador y de acuerdo con los registros oficiales recuperados por la evaluación, las personas aseguradas en 2018 en el ISSS eran un 26,3% de la población total del país (1.747.969 personas) con un subsidio per cápita anual de US\$ 346, un 1,4% se encontraba asegurado en el ISBM (90.499 personas) con un subsidio per cápita anual de US\$ 752; y un 0,3% se encontraba atendido por FOPROLYD en 2017 (21.816) con un subsidio per cápita de US\$ 2.357 para el total de prestaciones.

En síntesis, las cifras disponibles en DIGESTYC, MINSAL, ISSS, ISBM y FOPROLYD y consolidadas por la evaluación, permiten afirmar que el 72% de la población carece de seguro médico (4.782.792 personas) y en el mejor de los casos puede acceder a los establecimientos del MINSAL con base en un bajo subsidio per cápita anual de US\$ 137 dólares. Y como es de público conocimiento a través de la prensa, los pacientes que concurren a establecimientos del MINSAL no siempre reciben medicamentos porque los stocks se encuentran agotados en forma reiterada, y a su vez deben esperar tiempos largos para pasar consulta. Si se considera además que la distribución de los seguros públicos se concentra en las personas que cuentan con los mayores niveles de ingreso y que en dichos seguros cuentan con niveles de subsidio per cápita muy superiores a los del MINSAL, puede observarse una grave inequidad en la distribución del financiamiento público a la salud en El Salvador.

El logro de mayor cobertura y acceso universales a la salud se enfrenta a problemas de organización interna del sistema en su conjunto que derivan de su confusa, contradictoria y superpuesta normativa vigente: i) multiplicidad de leyes y entes rectores; ii) funciones superpuestas o duplicadas entre los diversos actores, y funciones ausentes; iii) servicios duplicados o ausentes; iv) coberturas parciales que no garantizan el acceso universal; y v) escasa articulación. Si bien buena parte de la normativa vigente reconoce al MINSAL como ente rector, la misma no le brinda el sustento jurídico suficiente como para ejercer sus funciones rectoras. La fragmentación y segmentación del sistema de salud, largamente diagnosticadas y nunca superadas, resultan de esta confusa normativa vigente, la que frena los avances del sistema en cobertura y acceso universal.

Esta desorganización interna afecta la eficiencia en la gestión de los recursos públicos asignados a la salud, generando pérdidas por: i) subsidios cruzados;⁴ ii) sobre costos operativos innecesarios por superposición y duplicación de servicios; iii) compras estatales fragmentadas en medicamentos y equipos; iv) inexistencia de un sistema de información único e integral; y v) superposición de estructuras administrativas. Los problemas urgentes y prioritarios del sistema de salud salvadoreño no refieren a un escaso financiamiento, más bien con los niveles actuales de financiamiento se debería hacer mucho más. En todo caso, asignar más recursos al sistema de salud en las actuales condiciones, no aseguraría una mejoría en sus indicadores de desempeño. En el Anexo 2 se repasa la posición de El Salvador en materia de financiamiento a la salud, dentro de un abanico de países seleccionados a efectos comparativos, observándose que El Salvador se encuentra a mitad de tabla en todos los indicadores analizados.

El problema prioritario y urgente se encuentra en la falta de una estructura de gestión única e integral del sistema salvadoreño, con rectoría única por parte del MINSAL, y esa ausencia es consecuencia de la normativa vigente, lo que refuerza la tendencia del sistema a su fragmentación y segmentación. El SNS surgió en el año 2007 como respuesta a la desarticulación, fragmentación y segmentación del sistema, largamente diagnosticadas. Sin embargo, al año de la promulgación de la ley para su creación, se aprueba en 2008 un reglamento que la contradice por completo. Así, a lo largo de los años, el legislador salvadoreño ha seguido acumulando contradicciones, superposiciones y duplicaciones en la normativa de la salud pública y por ende en la política nacional de salud.

El sistema público está compuesto por seis instituciones gubernamentales prestadoras de servicios de salud. El Ministerio de Salud (MINSAL) es el mayor prestador de servicios de salud y el ente rector del país en esta materia, aunque rige con base en una confusa y contradictoria normativa que obstaculiza y a veces anula sus funciones rectoras. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional. Sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones. Brinda atención en salud y prestaciones económicas a los derechohabientes basados en los principios de la seguridad social.

Las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) son el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Comando de Sanidad Militar (COSAM), así como el Fondo Solidario para la Salud y la Dirección Nacional de Medicamentos. El Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD) es una Institución de derecho público, cuya ley fue concebida dentro de un sistema de seguridad social amplia. Es responsable de la atención y seguimiento del proceso de rehabilitación y reinserción productiva y del otorgamiento de las prestaciones económicas y de especies a las personas que resultaron lisiadas y discapacitadas a

⁴ La existencia y problemática de los subsidios cruzados es mencionada en diversos documentos oficiales: MINSAL. "Política Nacional de Salud 2015-2018" (Verificar en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/politica-nacional-de-salud-2015-2019_version_imprenta.pdf), MINSAL "Informe Consulta Nacional sobre el Documento de Propuesta: Estrategia para la Cobertura Universal de Salud" (Verificar: <https://w2.salud.gob.sv/component/attachments/download/6.html>), PLAN CUSCATLAN, Plan de Gobierno en Salud (Verificar: https://www.plancuscatlan.com/documentos/plancuscatlan_salud.pdf). Sin embargo, una demostración empírica de la problemática de los subsidios cruzados se ve dificultada por la alta opacidad que caracteriza el sistema de salud salvadoreño, el que no dispone de un sistema integrado de información que entre otros módulos cuente un sistema de identificación de usuarios a nivel nacional por DUI (Documento Único de Identidad).

consecuencia del conflicto armado, así como a los familiares de combatientes que fallecieron en dicho conflicto.

De acuerdo con el diagnóstico incluido en los TDR de la evaluación, cabe destacar que en *“2014 se logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud. Se han realizado esfuerzos importantes para identificar y mejorar su capacidad de respuesta para atención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁵. También destacan los avances en materia de reducción de la mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos, logrando pasar de 54 en 2015 a 35.6 en 2016. La mortalidad infantil pasó de 10.2 por 1000 nacidos vivos a 9.8 por 1000 nacidos vivos en el mismo periodo. Como parte de las medidas implementadas según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2014) se tiene que el porcentaje de partos por personal especializado es de 97.7 % y la cobertura de vacunación se mantiene con niveles mayores al 90 % en niños y niñas menores de un año desde 2009 a 2016.”*

Asimismo se señala que *“asegurar el abastecimiento suficiente y oportuno de medicamentos ha sido una constante que muchas administraciones sanitarias han enfrentado. Si bien, de acuerdo al Ministerio de Salud, el nivel de abastecimiento a nivel hospitalario es superior al 80% y más del 90% en regiones de salud, en la población prevalece la percepción de que existe una demanda no satisfecha, la cual se ve reflejada en los medios de comunicación.”*

El nuevo gobierno prioriza la reforma de la gestión pública en su llamado Plan Cuscatlán. En salud, reconoce la necesidad de una política de Estado que aspire a que todos los habitantes del territorio salvadoreño gocen de servicios de salud universales, oportunos, solidarios, con calidez y calidad. El plan general del gobierno electo pone énfasis en la modernización de la gestión del Estado, lo que probablemente tenga incidencia en su futura política de salud:

1. Modernización y rediseño del órgano ejecutivo para lograr una mayor articulación de las instituciones públicas existentes, erradicando feudos institucionales que consumen recursos públicos sin lograr concretar políticas públicas en forma integral, participativas y equitativas.
2. A estos efectos, durante el primer año de gobierno se realizará un diagnóstico de la institucionalidad pública existente para mejorar, depurar, eliminar, reducir, ampliar o crear nuevas formas de institucionalidad.
3. A partir de este diagnóstico y de una reingeniería de los sistemas de gestión institucional se buscará dejar menos espacio a la corrupción.
4. Se considera que El Salvador se encuentra sumido en una hipertrofia regulatoria.
5. Se pretende lograr la armonización de las funciones dentro de la gestión pública.
6. El control del gasto público será una prioridad. Se parte de la premisa de que los recursos son limitados y que el desafío es "hacer más con menos".

Específicamente para el área de la salud, la primera prioridad del gobierno electo es fortalecer la capacidad del MINSAL como ente rector, buscando la integración del Sistema Nacional de Salud (SNS). A estos efectos, se considera necesaria una amplia reforma del marco legal. En particular, se considera necesario dotar a la reforma de la salud de sustentabilidad jurídica para fortalecer la rectoría, la integración, la integralidad y la gobernanza del SNS. Dicho en otras palabras, hoy día el

⁵ En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/sida aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001. Posteriormente, el comportamiento se estabilizó, alcanzando en 2016 los 1154 casos anuales (MINSAL, 2016)

MINSAL no gobierna, no dirige, no articula y no logra una atención integral de la población, porque la normativa vigente no le entrega el sustento jurídico para esas funciones rectoras.

Asimismo, se propone la revisión de todos los mecanismos de subsidio en salud a fin de lograr mayor inteligencia financiera que permita superar subsidios cruzados y otras desinteligencias que generan pérdida de recursos públicos. En relación a los subsistemas de gestión, se considera prioritario la unificación y fortalecimiento de un único sistema de información, fortalecer la planificación para presupuestar en función del futuro de la salud y no seguir repitiendo el pasado, así como desarrollar y fortalecer el sistema de articulación del SNS.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Actualmente, el PNUD trabaja en apoyo al Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud (PNTB) (MINSAL); el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo de Protección para los Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD).

La cartera activa del portafolio se compone de 6 proyectos con presupuestos provenientes principalmente de recursos del Gobierno de El Salvador (fondos propios de las instituciones). Los proyectos tienen un horizonte temporal que varía entre 2 a 5 años y actualmente se encuentran en diferente nivel de avance en su implementación. Con este abanico de proyectos, el PNUD busca incrementar el acceso y cobertura universales y equitativos de bienes y servicios básicos de calidad (Efecto 1 CPD 2016-2020). A estos efectos, busca en particular fortalecer las instituciones apoyadas para que cuenten con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local. El indicador del Efecto 1 del CPD es la tasa de pobreza multidimensional, con una línea base de 39,1% en 2013 y una meta de 29,1% (2020), con desagregaciones por sexo. El segundo indicador es el porcentaje de ejecución presupuestal de las instituciones apoyadas con una línea base 56,25% en 2014 y una meta de 70% (2020) en general, pero con variaciones para algunas de ellas.

3.1 Intervención del PNUD en el sector de salud en El Salvador

La intervención del PNUD en el sector de salud en El Salvador no es reciente, ni se ha iniciado con estos 6 proyectos, y obedece a un elaborado enfoque de acción. De acuerdo con lo establecido en los TDR de la evaluación, cabe especialmente destacar que *“el compromiso del PNUD con los desafíos sanitarios se basa en el principio de que la salud es tanto factor como resultado del desarrollo, y que las actuaciones en los diversos campos que abarca el desarrollo generan impactos significativos sobre la salud. El ODS 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), abarca un abanico amplio de prioridades sanitarias en las que, para avanzar en la mayoría de ellas, es necesaria una estrecha colaboración entre los varios sectores que afectan al desarrollo. La meta de contar con una cobertura sanitaria universal (CSU) tiene como fin garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios sanitarios necesarios – preventivos, curativos y de rehabilitación – sin tener que arriesgar su situación financiera. El concepto de universalidad y asequibilidad hace de la CSU una cuestión muy importante desde el punto de vista de los derechos humanos y el desarrollo. Para cumplir plenamente esta meta se estima serán necesarias medidas que complementen la implantación de servicios sanitarios universalmente disponibles y asequibles, como actuaciones sobre los factores sociales, económicos y medioambientales determinantes de la salud; leyes, políticas, normas y mecanismos de gobernabilidad que influyan sobre los riesgos de desarrollo, y medidas para abordar las desigualdades y la situación de exclusión de la mayoría de las personas en situación de marginación y vulnerabilidad.”*

Asimismo, se señala en los TDR de la evaluación que *“en El Salvador el largo periodo de lento crecimiento económico, su alta vulnerabilidad a los desastres provocados por desastres naturales, así como el surgimiento de emergencias sanitarias, tienen el potencial de retroceder en los progresos alcanzados en materia sanitaria y de desarrollo. Desde hace varios años, el PNUD ha venido trabajando en favorecer el acceso y cobertura universal a los servicios de salud. Particularmente, en*

su programa de Cooperación de 2016-2020 se planteó enfrenar las barreras que limitan la cobertura y el acceso a bienes y servicios de calidad para toda la población y que profundizan la inequidad. Si bien el PNUD ha venido brindando servicios que se enmarcan en las necesidades particulares de cada institución, en general y en todos los casos apunta a un amplio abanico de servicios de apoyo a la implementación que se complementan con iniciativas de fomento de las capacidades a largo plazo, con énfasis en la gestión sostenible los recursos financieros nacionales e internacionales a partir de la provisión de medicamentos, insumos y equipos. En su programa de cooperación, el PNUD capitaliza las alianzas en las que participa desde hace tiempo el PNUD en el área de la salud, entre las que se encuentra su participación como copatrocinador fundacional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), o su colaboración con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y la OMS, así como su larga experiencia apoyando la implementación de grandes programas de salud y desarrollo.”

Por último en esta descripción conceptual de la intervención del PNUD en el sector de salud en El Salvador, pero no menos importante en su potencial de desarrollo, figura la relevancia del enfoque de género. Al respecto, los TDR de la evaluación señalan que *“se reconoce la desigualdad de género es uno de los factores más potentes e insidiosos de la salud y suele ir acompañada de otras formas de desigualdad (ingresos, discapacidad, grupo étnico) que afectan negativamente a la salud de las mujeres. De allí que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas son factores clave en el desarrollo sostenible. Cabe resaltar que, no obstante lo anterior, en estas intervenciones la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres no ha sido un objetivo en sí mismo, empero se previeron algunas acciones que apuntarían a eliminar las desigualdades en materia de salud entre hombres y mujeres.”*

3.2 El portafolio actual de proyectos en salud del PNUD

Los principales detalles operativos de los 6 proyectos que componen el portafolio de salud del PNUD en El Salvador se resumen brevemente en el cuadro de información que se toma textualmente de los TDR de la evaluación y que se presentó en las páginas iniciales de este documento.

Retornando a la descripción conceptual de la intervención del PNUD en el sector de salud en El Salvador, reviste especial importancia señalar que el conjunto de los 6 proyectos apoyados no constituyen acciones aisladas del PNUD, sino que confluyen en la búsqueda de resultados e impactos comunes que contribuyan a su vez a alcanzar los resultados e impactos globales establecidos en la Teoría de Cambio, la que con base en lo facilitado a la evaluación en los TDR correspondientes se presenta en el Anexo 10, en página 146.

3.3 Análisis de evaluabilidad

Finalmente y según lo solicitado expresamente por el PNUD a la evaluación, importa presentar en esta descripción de la intervención el análisis de evaluabilidad, considerando las valoraciones sobre: i) la pertinencia de los indicadores; ii) las debilidades del monitoreo; y cómo iii) esto incide en la evaluación, de acuerdo con lo que respecto de estos tres aspectos se concluye en el resto del documento.

Problemas de disponibilidad de datos se han enfrentado en: i) la imposibilidad de realizar el estudio de caso correspondiente al ISBM por razones ajenas a la evaluación; ii) la imposibilidad de realizar

encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios, por diversas razones, aunque en el caso de FOPROLYD esto se vio subsanado porque la institución viene realizando encuestas anuales de satisfacción a sus usuarios; y iii) las debilidades observadas en las instituciones asociadas en los proyectos PNUD respecto del resguardo de documentación relevantes y sistematización de aprendizajes y buenas prácticas que le asigna como responsabilidad y funciones específicas la modalidad NIM. A estos problemas en la disponibilidad de datos se agrega, en relación al análisis del impacto de los proyectos en relación a lo esperado en la Teoría de Cambio, el uso de indicadores en los mismos que se caracterizan por ser indicadores de cumplimiento de metas y no de resultados. Sin duda, estas limitantes han afectado la evaluabilidad de la intervención y en lo que sigue intentamos determinar exactamente en qué grado.

Con la ausencia del estudio de caso referido al ISBM se pierde la reflexión sobre la cuarta parte de la diversidad y riqueza del portafolio de salud, o quizás más. En efecto, el proyecto con el ISBM resultaba especialmente interesante en la perspectiva de la evaluación porque combinaba un componente de fortalecimiento institucional con otro de compra de medicamentos y al mismo tiempo, los mayores montos de financiamiento gestionados, tal como puede observarse en el anterior cuadro que resume la información de los proyectos, a lo que se agregaba el detalle no menor de la mujer como protagonista principal de la población beneficiaria y a dónde tenía el mayor sentido realizar una encuesta de satisfacción. La evaluación considera que la realización de este estudio de caso hubiera permitido afinar y fortalecer los hallazgos, conclusiones y recomendaciones de la evaluación referidas al portafolio de salud en su conjunto.

En general, la evaluación observó el uso de indicadores de resultado en los proyectos del portafolio que se caracterizan por ser más bien indicadores de cumplimiento de actividades, vale decir, metas por actividades. Por ejemplo, se usa en forma reiterada: provisión oportuna de medicamentos y otros bienes e insumos de acuerdo a plan de compras. Lo mismo en los indicadores utilizados para acciones de fortalecimiento institucional. Por ejemplo, mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de mora empresarial fortalecido en el ISSS y 20 personas capacitadas en su aplicación. O bien, diagnóstico de la situación de las personas beneficiarias completado en FOPROLYD.

Si bien los indicadores de cumplimiento de metas por actividades permitieron observar el cumplimiento de resultados a nivel de los proyectos, los mismos no fueron los adecuados para medir el resultado de los proyectos en los efectos esperados en la Teoría de Cambio, especialmente el Resultado 1.2 que como se puede observar en la figura anterior apunta a: *“instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente”*.

A estos efectos y tomando como ejemplo el caso del ISSS, los indicadores deberían haber anticipado en efectividad los porcentajes a alcanzar en la reducción de la mora patronal, en eficiencia el impacto de esta reducción en los ingresos de la institución y por ende en sus indicadores de déficit o superávit, y en transparencia la mejora de la opinión pública respecto de las rendiciones de cuentas que practica la institución. O bien en la compra de medicamentos y otros bienes e insumos médicos, hubiera sido pertinente medir efectividad mediante índices de mejora de la calidad de los mismos basados en la opinión de una muestra representativa de médicos prescriptores, medir eficiencia con base en porcentajes de reducción de precios y nuevamente su impacto en los indicadores de déficit o superávit de las instituciones, o bien medir transparencia nuevamente a través de la mejora de la opinión pública al respecto, la que en prensa aparece en forma reiterada

por denuncias de medicamentos faltantes, de mala calidad o vencidos, referidos en general a diversas instancias del sistema de salud salvadoreño.

Asimismo, y del lado de la Teoría de Cambio, para el Resultado 1.1 que como nuevamente se puede observar en la figura anterior se orienta a: *“instituciones seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local”* y cuya medición constituye el objetivo general de esta evaluación como veremos en el siguiente capítulo, se estableció un indicador que es común a todo el CPD 2016-2020 y que es la evolución de la ejecución presupuestal en las instituciones seleccionadas. Aquí se enfrentó la dificultad de que el indicador no reflejó las numerosas y exitosas acciones de fortalecimiento de la gestión que las instituciones seleccionadas llevaron a cabo en el marco de sus proyectos con PNUD, porque la ejecución presupuestal de las mismas se encuentra históricamente en niveles sumamente óptimos y por ende no refleja ya los nuevos aportes que se realicen en la materia.

En definitiva, la evaluabilidad de los resultados de los proyectos sobre los efectos esperados en la Teoría de Cambio se vio disminuida por ambos lados.

Las evaluaciones de satisfacción se vieron dificultadas por diversos motivos, lo que afectó buena parte de lo previsto en las preguntas de la evaluación que se presentan en el Anexo 3. En el caso del MINSAL-PNTB la encuesta prevista no se llevó a cabo por riesgo de contagio con los pacientes, de un modo que podría lesionar la salud de las personas encuestadoras. En el caso del ISSS se combinaron tres factores: i) el instituto realiza una encuesta de satisfacción anual, que según lo manifestado por sus autoridades a la evaluación no garantiza la independencia técnica de las preguntas de satisfacción respecto del problemático contexto político, sindical y gremial empresarial que habitualmente rodea la gestión de la misma, generando en las respuestas niveles extremadamente bajos de satisfacción que no pueden considerarse como reales, de modo tal que dichas autoridades solicitaron no realizar una encuesta de este tipo; ii) en el caso de una encuesta de satisfacción específica a los empresarios respecto de la nueva política de recuperación de mora del ISSS, se observó que no existe un punto y un momento para la aplicación de la misma, puesto que habitualmente no son ellos quienes concurren a pagar las cotizaciones o bien a entregar las planillas de personal; y iii) en el caso de una encuesta específica a los pacientes de VIH se informó que los protocolos médicos aplicados por la institución no lo permiten.

Por último, cabe señalar también que la escala de intervención de los proyectos PNUD en MINSAL e ISSS es aún marginal respecto del volumen y espectro de servicios ofrecidos por estas instituciones a sus personas beneficiarias, de modo tal que una encuesta de satisfacción difícilmente hubiera reflejado cambios de apreciación generados por los proyectos en asociación con PNUD.

En el caso de FOPROLYD e ISBM sí se podía esperar una relación de mayor proporcionalidad entre los proyectos asociados con PNUD y sus impactos sobre el conjunto de personas usuarias. En el caso de FOPROLYD, sí se realiza una encuesta de satisfacción y sus resultados se presentan en el estudio de caso incluido en el capítulo dedicado a los hallazgos de la evaluación. En el caso del ISBM, como se ha mencionado, no se pudo realizar el estudio de caso y por ende tampoco la encuesta de satisfacción prevista, por razones ajenas a la evaluación.

La imposibilidad de contar con las encuestas de satisfacción de las personas beneficiarias en los casos mencionados, afectó parcialmente la dimensión de pertinencia de la evaluación, en relación

con la pregunta: ¿en qué medida el PNUD ha respondido a las necesidades de las personas afectadas?

Por último, cabe señalar las debilidades encontradas en las instituciones seleccionadas respecto del monitoreo de los proyectos y la medida en qué esto afectó la evaluabilidad de los proyectos que mantienen con el PNUD. La evaluación observa una paradoja en la aplicación de la modalidad NIM a los proyectos del portafolio de salud del PNUD, consistente en exigirle a las instituciones asociadas capacidades de monitoreo y evaluación, así como de sistematización de aprendizajes y buenas prácticas que a priori se sabe que no tienen, siendo esa la justificación para las diversas acciones de fortalecimiento que se prevén en los diseños de los proyectos. En efecto, la documentación relevante del proyecto, cuyo resguardo y entrega es responsabilidad de las instituciones nacionales asociadas en los proyectos con PNUD, no pudo ser puesta a disposición de la evaluación por parte de las instituciones asociadas. Las instituciones analizadas no estuvieron en condiciones de entregar la documentación histórica y relevante de cada proyecto, de modo que la documentación puesta a disposición de la evaluación fue entregada fundamentalmente por la oficina del PNUD en El Salvador. No obstante, no se pudo contar con la serie de informes trimestrales de cada proyecto, lo que afectó parcialmente la evaluabilidad de los proyectos por no haberse podido realizar un análisis trimestral de sus avances, sino fundamentalmente anual. Y a la hora de extraer lecciones aprendidas o bien de sistematizar buenas prácticas, la evaluación ha encontrado que en los informes anuales que han confeccionado las instituciones asociadas las mismas suelen estar ausentes o bien referirse a aspectos sumamente coyunturales o circunstanciales o de menor relevancia, extrañándose la extracción de aprendizajes de mayor alcance que reflejen una comprensión y análisis de toda la historia de los proyectos o bien la sistematización de buenas prácticas que puedan ser de relevancia para similares proyectos en otros contextos. Dada la riqueza que ha caracterizado la experiencia del portafolio de salud del PNUD en El Salvador, la evaluación considera que ésta débil sistematización de aprendizajes y buenas prácticas afectó fuertemente uno de los aspectos centrales solicitados a la misma, lo que solo pudo ser parcialmente subsanado en el capítulo correspondiente a lecciones aprendidas y buenas prácticas, según lo observado por la propia evaluación.

4. ALCANCES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

4.1 Objetivo

De acuerdo con lo solicitado en los TDR respectivos, el objetivo de la evaluación es determinar *“cómo y en qué medida el PNUD ha contribuido a **generar capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.**”* Siendo sus objetivos específicos: i) *“analizar en profundidad el desempeño del apoyo del PNUD en las instituciones del Sistema de Salud; y ii) “explorar las razones subyacentes a los éxitos (o su ausencia) de corto y mediano plazo.”*

4.2 Alcance

El alcance de la evaluación comprende los 6 proyectos activos del PNUD en su portafolio de salud con cuatro instituciones nacionales en El Salvador (MINSAL/PNTB, ISSS, ISBM y FOPROLYD) durante el período 2016-2018. Como así también, los efectos del mismo en el fortalecimiento de capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local. En su conjunto, como medio para contribuir a mejorar el acceso y cobertura universal a los servicios básicos de salud. Las intervenciones bajo revisión son financiadas principalmente por el Gobierno de El Salvador y en algunos casos incluyen recursos regulares de PNUD. Dada la naturaleza de los proyectos y el alcance nacional de la gestión gubernamental, las intervenciones se realizan principalmente en la ciudad de San Salvador. Asimismo, la evaluación incorpora los temas de género y derechos humanos.

La evaluación considera diversos niveles de análisis. La adecuación de la teoría de cambio del proyecto, es uno de ellos. En este nivel de análisis se valoran los supuestos subyacentes a las intervenciones y las soluciones propuestas y sus vínculos causales para alcanzar los resultados planificados. En este nivel, se examina el enfoque propuesto y las ventajas comparativas y el valor agregado del PNUD y su efectividad, el rol esperado de los asociados, la pertinencia a las prioridades nacionales y corporativas, y los riesgos enfrentados. Los resultados alcanzados son otro nivel de análisis, incluidos los resultados de los proyectos y el punto hasta el cual estos resultados han contribuido a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y contribución a la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud. En la matriz de evaluación que se presenta en el Anexo 3, se combinan los diversos niveles de análisis establecidos en este alcance de la evaluación.

Por último, se identifican las lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones. Las lecciones abarcan la gestión de los resultados de desarrollo y las prácticas de seguimiento y evaluación. Los niveles de análisis también consideran la efectividad en la incorporación del enfoque de género y de derechos humanos.

En detalle, las preguntas de la evaluación que efectivamente pudieron ser respondidas por la evaluación en el capítulo dedicado a las conclusiones se ordenan de la siguiente manera.

PERTINENCIA

¿EN QUÉ MEDIDA EL PNUD HA RESPONDIDO A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES?

- *¿En qué medida las instituciones seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?*
- *¿En qué medida se ha logrado una reducción de costos de medicamentos en los proyectos apoyados?*

¿EN QUÉ MEDIDA EL PNUD HA RESPONDIDO A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS AFECTADAS?

EFICIENCIA

¿SE HA IMPLEMENTADO EL APOYO DEL PNUD SEGÚN LO PREVISTO O DISEÑADO?

¿QUÉ PROBLEMAS SE HAN ENCONTRADO Y QUÉ ADAPTACIONES SE REALIZARON Y POR QUÉ?

¿EN QUÉ MEDIDA HA SIDO EFICIENTE LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS PARA ENTREGAR LOS RESULTADOS?

- *¿Cuál ha sido la evolución de los costos unitarios de los proyectos por servicio prestado?*
- *¿Cuál ha sido la relación entre el costo de la intervención versus el ahorro generado en cada uno de los proyectos por reducciones de precios de bienes y servicios o reducción de pérdidas?*
- *¿Cuál ha sido la efectividad de las prácticas de monitoreo y evaluación del PNUD para la gestión efectiva de los proyectos, en función de los resultados alcanzados?*

EFFECTIVIDAD

¿SE HAN LOGRADO LOS RESULTADOS ESPERADOS?

- *¿Cuáles han sido los resultados alcanzados en cada proyecto en relación a los objetivos trazados, sean directos o indirectos, negativos o positivos?*
- *¿Cuál ha sido la contribución de esos resultados para el logro de la cobertura y el acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de salud?*

¿CUÁL HA SIDO EL VALOR AGREGADO DEL PNUD?

- *¿Cuál ha sido el valor agregado de la intervención PNUD en cada uno de los proyectos?*
- *¿En qué medida la estrategia de alianzas en cada proyecto brindó la necesaria articulación institucional?*

SOSTENIBILIDAD

¿SON SOSTENIBLES LOS RESULTADOS?

- *En cada proyecto, ¿las acciones deben mantenerse?*
- *¿Son sostenibles los resultados alcanzados en cada proyecto?*

- *¿Los costos recurrentes de las acciones realizadas han sido / serán asumidos por las instituciones involucradas?*
- *¿Los marcos legales, de política y estructuras de gobernabilidad y procesos en los que opera cada uno de los proyectos son favorables, neutrales o ponen en riesgo los avances logrados?*

¿SE DISEÑARON Y PLANIFICARON ACCIONES PARA LA SOSTENIBILIDAD?

- *¿Se estableció en cada proyecto una estrategia de salida con criterios e indicadores verificables?*
- *¿Están definidos los planes de sostenibilidad de cada uno de los proyectos, incluyendo registro y socialización de las lecciones aprendidas?*

¿QUÉ SE PODRÍA HACER PARA FORTALECER LA SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS?

5. ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN Y MÉTODOS

5.1 Marco conceptual

Para esta evaluación resulta un asunto de fondo conocer la estructura de gestión de la política pública de salud en El Salvador que resulta de la normativa vigente. Vale decir, más específicamente, las funciones que el legislador salvadoreño ha ido definiendo para cada actor en cada nivel de gobernanza y sistema de gestión.

La necesidad de esta perspectiva complementaria parte desde el mismo título de la consultoría, poniendo énfasis en las capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local, con lo cual también se está diciendo y mucho: articulación. Luego se concreta en una teoría del cambio, que establece como primera y más abarcativa dificultad: *“debilidades político-gerenciales (rectoría y gobernanza) en El Sistema Nacional de Salud (SNS)”*, que concretamente involucra a los cuatro sistemas rectores del modelo de análisis que detallamos en el Anexo 1, a saber y en secuencia: i) información; ii) normalización (formulación de políticas, normas y estándares técnicos, entre los principales); iii) planificación-presupuestación; y iv) articulación.

Pero también y más específicamente, se menciona en los TDR de la evaluación: i) la fragmentación de las redes de atención que tiene que ver nuevamente con el sistema de articulación, es decir, la capacidad del sistema de contar con una estructura de gestión única e integral que asegure la articulación de todas las partes; y ii) la sub financiación pública del SNS que refiere al sistema de financiación.

Cabe señalar que de acuerdo con los análisis preliminar y ulterior de la evaluación, esta sub financiación pública no deriva tanto de bajos montos de financiamiento como se demuestra en el Anexo 2, sino de las pérdidas – y por ende menores beneficios que le llegan a los beneficiarios - que se generan por la inexistencia en la práctica de un sistema único e integral regido exclusivamente por el ministerio del gobierno en el ramo. En la práctica, no existe un sistema. La normativa no lo habilita y se contradice a sí misma. En la actual des/estructura del sistema de salud, es altamente probable – y así se percibe públicamente - la existencia de subsidios cruzados, superpuestos y duplicados, fragmentación de compras del Estado y varias otras pérdidas posibles que puede estar generando la actual des/estructura.

Las fortalezas y debilidades de la estructura de gestión del actual sistema de salud público que resulta de la normativa vigente, es un punto de atención de esta evaluación. Para contar con mayores elementos a fin de responder las preguntas 1 a 4 de esta evaluación según los TDR recibidos, vale decir, pertinencia (teoría del cambio), eficiencia, efectividad y sostenibilidad.

5.2 Metodología aplicada

De acuerdo con nuestra propuesta de metodología, se busca cumplir con los objetivos específicos de la evaluación concentrados en: *“analizar en profundidad el desempeño del apoyo del PNUD en las instituciones del SNS”* y *“explorar las razones subyacentes a los éxitos (o su ausencia) de corto y mediano plazo”*. Cabe señalar que en relación al primer objetivo específico, se trata de analizar el desempeño del apoyo del PNUD en las cuatro instituciones asociadas y como se ha mencionado esto no ha sido posible en el caso del ISBM, por razones ajenas a la evaluación.

El cumplimiento de los objetivos específicos de la evaluación tiene su relevancia tanto para adecuar/actualizar la Teoría de Cambio, como para evaluar los resultados alcanzados en función de la gestión, y observar cuánto se ha contribuido a la generación de capacidades de gestión pública requeridas para la inversión pública para ampliar la cobertura y el acceso universal.

Por último, aunque no menos importante en la perspectiva de esta consultoría, de esta manera se espera identificar las *“lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones. Las lecciones deberán cubrir la gestión de los resultados de desarrollo y las prácticas de seguimiento y evaluación”*, tal como reza en los TDR recibidos.

5.3 Técnicas, fuentes, medios e instrumentos para recolección de datos

Las técnicas que se previeron para la recopilación de datos fueron:

- Revisión de escritorio de documentación clave para obtener: i) un conocimiento de la normativa vigente en materia del sistema de salud pública y los seis proyectos apoyados por PNUD, y en general en materia de política de salud desde un punto de vista funcional, es decir, lo expresado por el legislador salvadoreño respecto de las funciones que debe cumplir cada actor en cada nivel y sistema de gobernanza; así como ii) un entendimiento del contexto, de los documentos que soportan la planificación, actividades y resultados de la intervención, con su portafolio de proyectos.
- Entrevistas semi estructuradas a las partes interesadas (ver preguntas de evaluación específicas en la matriz de evaluación en el Anexo 3), con convocatoria a juicio del PNUD, para contar con impresiones preliminares sobre la gestión de los proyectos y del SNS en general, así como respecto del relato, la acción y la incidencia relativa de los actores.
- Entrevistas estructuradas con los responsables de planificación de los seis proyectos y las correspondientes autoridades institucionales, considerando dentro de la planificación, la información, la normalización (definición de políticas, normas y estándares técnicos) y la presupuestación.
- Entrevistas estructuradas con los responsables de la ejecución de los seis proyectos y las correspondientes autoridades institucionales, considerando dentro de la ejecución, la administración, el financiamiento, la supervisión, el monitoreo y el control.
- 3 entrevistas por orden de relevancia e incidencia, con instancias que apoyen la articulación del sistema de salud salvadoreño, comenzando por el MINSAL. Dada la inexistencia de una real articulación del sistema de salud salvadoreño, tal como se demuestra en el análisis técnico-normativo contenido en el Anexo 1, estas entrevistas fueron sustituidas por entrevistas a referentes nacionales e internacionales en la materia.
- Encuestas a personas beneficiarias de las cuatro instituciones asociadas en las puertas de entrada a los servicios, completando como mínimo una semana de atención en un período de dos semanas de intervención del equipo. Tal como se expuso detalladamente en el capítulo dedicado a la descripción de la intervención, por diversas razones estas encuestas no se

podieron realizar, aunque cabe señalar también que en el caso de FOPROLYD se contó con los resultados de una encuesta de satisfacción de usuarios/as que se viene realizando anualmente.

- Sistematización de los 4 estudios de casos, incluyendo los hallazgos de la evaluación en cada uno de los casos, lo que no se pudo lograr enteramente por no concretarse el estudio de caso correspondiente a ISBM.

En todas las etapas, el experto buscó mantener un enfoque de trabajo sensible al género y valores y cultura del país. Asimismo, revisar en detalle la Teoría de Cambio del proyecto y proponer, cuando se entendió necesario, sugerencias para mejorar o fortalecer la Teoría de Cambio existente. Asimismo, se realizó una revisión completa de la lógica de intervención de cada proyecto. Este análisis buscó incluir también los temas transversales de derechos humanos y género.

5.4 Criterios de evaluación y preguntas para la evaluación

En Anexo 3 presentamos la matriz de evaluación ordenada según las indicaciones recibidas y con base en nuestra propuesta de metodología. En efecto, en ordenamiento principal por criterio o dimensión de la evaluación, se presentan en secuencia los niveles de análisis, las preguntas clave, las sub-preguntas específicas, las fuentes de información, los métodos o herramientas de recopilación de datos, los indicadores o estándares de éxito o desempeño y los métodos para el análisis de datos.

Se consideraron tanto los aspectos formales (resultados, indicadores, líneas base y datos disponibles), como los sustantivos (identificación del problema, Teoría de Cambio, marco de resultados).

En apartado anterior dedicado al alcance de la evaluación hemos presentado asimismo, las preguntas que efectivamente pudieron ser respondidas por la evaluación en el capítulo correspondiente a las conclusiones de la misma.

5.5 Limitantes de la evaluación

Como se ha mencionado al final del capítulo dedicado a la descripción de la intervención del PNUD en el sector de salud, diversas limitantes condujeron a reducir el potencial de evaluabilidad de los proyectos contenidos en el portafolio. Corresponde aquí analizar la validez de la evaluación resultante, según lo solicitado por el PNUD.

La validez de la evaluación quedó anulada en relación a los siguientes aspectos: i) estudio de caso correspondiente al ISBM; ii) dimensión de pertinencia vinculada con la satisfacción de las personas beneficiarias de las instituciones asociadas; iii) impacto de los resultados de los proyectos sobre los resultados esperados en la Teoría de Cambio; y levemente afectada iv) en relación al análisis detallado de cada uno de los tres estudios de casos que se pudieron realizar, puesto que al no contar con la serie de informes trimestrales de cada uno de ellos es posible que la evaluación no haya logrado el grado de detalle requerido o bien que algunos aspectos relevantes no hayan podido ser identificados y por ende tampoco analizados.

No obstante, se considera que de no haberse enfrentado estas limitantes, las principales conclusiones de la evaluación no hubieran variado significativamente. En efecto, gracias a la homogeneidad de enfoque y metodología que caracterizó la intervención del PNUD en los proyectos contenidos en su portafolio de salud, la evaluación entiende que las limitantes señaladas si bien establecieron restricciones importantes para el desarrollo de los estudios de casos, las mismas tuvieron un impacto negativo de menor orden en la evaluación agregada del portafolio en su conjunto, así como en el análisis referido a la adecuación de la Teoría de Cambio. No obstante, quienes podrán juzgar mayor propiedad a lo largo del documento si esta percepción es correcta son las y los múltiples lectoras/es a los que se dirige esta evaluación y que se mencionan en el mapa de partes interesadas que se presenta en el anexo respectivo, especialmente Junta Ejecutiva del PNUD, donantes, asociados y beneficiarios nacionales.

6. ANÁLISIS DE DATOS

6.1 Niveles de análisis

El análisis de datos se realizó de acuerdo a diversos criterios y procedimientos solicitados en los TDR de la evaluación, teniendo en cuenta en primer lugar los dos niveles de análisis allí solicitados, a saber:

a) La adecuación de la Teoría de Cambio del proyecto. En este nivel de análisis se valoraron los supuestos subyacentes a las intervenciones y las soluciones propuestas y sus vínculos causales para alcanzar los resultados planificados en la Teoría de Cambio, considerando en detalle el enfoque propuesto, las ventajas comparativas y el valor agregado del PNUD, el rol esperado de los asociados, así como la pertinencia en relación a las prioridades nacionales y corporativas, el impacto y los efectos esperados en la Teoría de Cambio y los riesgos enfrentados. Buena parte del análisis correspondiente a este nivel a), se realizó con base en la revisión de toda la normativa vigente y relevante referida a la gestión del sistema de salud salvadoreño, cuyos resultados se presentan en el Anexo 1, los que forman parte de los hallazgos y conclusiones que se presentan en el siguiente Capítulo 6 y en particular alimentaron las consideraciones que se entregan en el apartado específico 6.5 dedicado por entero a este nivel de análisis. Asimismo, se tuvieron en cuenta en este nivel de análisis datos de la EHPM 2018 de la DIGESTYC referidos a cobertura y acceso a la salud para las personas, así como datos referidos a acceso a la salud de los hogares provistos por la Medición de Pobreza Multidimensional 2015 publicada por la STPP y DIGESTYC, así como diversas manifestaciones de opinión pública aparecidas en la prensa salvadoreña en torno a estos temas. Finalmente, este nivel de análisis se complementó con una investigación de la evaluación sobre los indicadores de financiamiento de la salud en El Salvador en comparación internacional con un conjunto de países seleccionados a estos efectos, cuyos resultados se presentan en el Anexo 2. Se considera que en este nivel de análisis no se enfrentaron brechas o limitaciones en el análisis de datos.

b) Los resultados alcanzados, incluidos los resultados de los proyectos y el punto hasta el cual estos resultados han contribuido a la generación de capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y contribución a la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud, fueron analizados con base en estudios de casos de los tres proyectos que pudieron ser evaluados en un enfoque participativo, involucrando a las instituciones nacionales asociadas en los mismos. Los datos recabados mediante entrevistas en profundidad a los representantes de las instituciones analizadas, sus respuestas por escrito a las preguntas de la evaluación, documentación relevante de los proyectos suministrada a la evaluación por PNUD, series históricas de memorias de labores, estados financieros, presupuestos y estadísticas específicas de las instituciones analizadas que se publican en el Portal de la Transparencia del gobierno salvadoreño, fueron sistematizados en tres estudios de casos que se presentan en el Anexo 3 y que fueron presentados y validados con las diversas contrapartes institucionales. En este ámbito surgió la limitante de no poder contar con la debida interacción con el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial por razones ajenas a la evaluación, de modo tal que no se pudo completar el correspondiente estudio de caso.

En el ámbito de lecciones aprendidas y sistematización de buenas prácticas, la evaluación encontró un escaso registro de las mismas por parte de los responsables por su registro, a saber, las diversas contrapartes nacionales según lo establecido en la modalidad NIM. No obstante, del análisis

realizado por la evaluación se derivan algunos aprendizajes de relevancia que se presentan en el Capítulo 8. Finalmente, las prácticas de monitoreo fueron analizadas con el mayor detalle posible y las consideraciones correspondientes se vertieron tanto en los estudios de casos contenidos en el Anexo 3, como así también en el siguiente Capítulo 6 dedicado a los hallazgos y conclusiones de la evaluación.

6.2 Métodos para el análisis de datos

De acuerdo con lo establecido en la matriz de evaluación propuesta para la metodología de la evaluación, contenida en el Anexo 3, se utilizaron diversos métodos cualitativos y cuantitativos para el análisis de los datos recabados.

Variables como evoluciones de la ejecución presupuestal en las instituciones analizadas, de la mora patronal en el ISSS, de la tasa de incidencia de tuberculosis, de la cantidad de personas beneficiarias en las instituciones analizadas, de ayudas técnicas en FOPROLYD u otras que refieren igualmente a otros datos cuantitativos, se analizaron mediante técnicas de análisis de series históricas, algunas entregadas por las propias instituciones analizadas y otras recopiladas a través de fuentes de información secundaria disponibles en páginas web (Portal de la Transparencia, OPS-OMS, DIGESTYC).

En otros casos, el análisis se realizó por contraste entre metas esperadas y metas realizadas, lo típico en la evaluación de resultados contra marco lógico, cuando se trató del análisis de resultados para lo que solo se contaba con la información de línea base y meta alcanzada, o bien mediante la reconstrucción de la línea base versus meta alcanzada.

En los casos de resultados que correspondían a una enunciación cualitativa, como por ejemplo lo establecido en las estrategias de salida de los proyectos, el análisis tuvo en cuenta la consideración de estados de avance hacia el logro de las mismas.

El análisis de cada uno de los proyectos en su propia evolución y en su relación con la Teoría de Cambio se basó en buena medida y como es lógico en un método de análisis fenomenológico, es decir, cómo fue la experiencia en sí misma, su lógica interna, y en su relación con la Teoría de cambio, su lógica externa, cuidando permanentemente la homogeneidad en la metodología de sus estudios de casos.

En los casos en que tuvo sentido, el relato de los actores se abordó en un análisis de características fenomenológico interpretativo, vale decir, el significado que los interlocutores asignan a su experiencia en relación a algunas preguntas clave de contexto, lo que permitió determinar patrones de comportamiento institucional en relación a algunos asuntos incluidos en la Teoría de Cambio, como la rectoría y articulación del sistema del sistema de salud, la fragmentación y segmentación de las redes de atención, la sub financiación del sistema y otras por el estilo.

En particular, algunas preguntas referidas a eficiencia se respondieron con base en un análisis costo-beneficio, más en un sentido conceptual que empírico habida cuenta de la limitación encontrada para el análisis longitudinal de precios.

Por último y como también es lógico en este tipo de evaluaciones, algunas variables fueron estudiadas en el marco de un análisis evaluativo final, vale decir, si o no y con las ponderaciones del caso. Así se respondieron preguntas que apuntaban a la revisión de las lógicas de intervención (implementación si o no según lo diseñado, o bien adaptaciones si o no según problemas encontrados), a la efectividad de las prácticas de monitoreo en función de los resultados alcanzados o bien en relación con las preguntas vinculadas con la dimensión de sostenibilidad.

6.3 Triangulación de la información

El análisis de datos y la consiguiente derivación de resultados de los proyectos asociados al portafolio de salud del PNUD se basaron en diversas etapas de triangulación de la información, que comprendieron la repetición del acto analítico y deductivo sobre los mismos datos en diversas fases sucesivas:

1. En la lectura inicial de la documentación relevante de cada proyecto del portafolio.
2. En las sucesivas entrevistas mantenidas con los referentes de cada institución asociada al portafolio (partes interesadas).
3. En la lectura de documentación propia de las instituciones asociadas publicadas en sus páginas web, destacándose memorias de labores anuales, estados financieros anuales, presupuestos anuales y estadísticas, todos cotejados para largas series de años.
4. En entrevistas con referentes nacionales e internacionales (partes interesadas) que dieron sus apreciaciones sobre las mismas variables de información sobre las instituciones asociadas al portafolio de salud del PNUD.
5. En la entrega a las instituciones asociadas al portafolio de salud del PNUD de los borradores de estudios de casos preparados por la evaluación, para su validación.
6. En la entrega del informe final a las instituciones asociadas para una nueva validación.

7. HALLAZGOS

Los hallazgos que se presentan en los tres primeros apartados de este capítulo, referidos a los tres estudios de casos realizados, buscan referirse de modo sistemático a los dos niveles de análisis solicitados en los TDR de esta evaluación, a saber, la adecuación de la Teoría de Cambio y los resultados alcanzados.⁶ En el cuarto apartado se presentan los hallazgos del portafolio en su conjunto y aquellos derivados del análisis de la estructura de gestión del sistema de salud que se presenta en Anexo1, respecto de la adecuación de la Teoría de Cambio.

7.1 MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS

1. MARCO NORMATIVO

En el Anexo 1 se presenta un análisis del rol rector del MINSAL dentro del sistema de salud de El Salvador, con base en un estudio técnico-normativo de la legislación en la materia.

2. ESTRUCTURA DE ATENCIÓN

La estructura de atención en salud del MINSAL cuenta con un total de 819 establecimientos, 789 en el primer nivel de atención, 27 en el segundo y 3 hospitales de referencia regional en el tercer nivel de atención. Los 789 establecimientos del primer nivel de atención se distribuyen en 421 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas, 293 intermedias y 39 especializadas, asimismo 21 casas de espera materna, 10 oficinas de sanidad internacional, 1 centro integral de salud materno infantil y de nutrición, 1 centro de atención integral de salud del adolescente, 1 clínica de empleados y 2 centros de atención de emergencias. En el segundo nivel de atención, se encuentran 11 hospitales básicos, 14 departamentales y 2 regionales.

3. PROYECTO 00068118/00083506 “FORTALECIMIENTO DEL PNTB” – FASES 1 Y 2

El proyecto 00068118/00083506 “Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis” (PNTB) – FASE 1 persigue fortalecer las capacidades del PNTB en la ejecución de proyectos y programas que actualmente gestiona como parte de la respuesta nacional a la tuberculosis. Pretende también brindar una eficiente y oportuna provisión de bienes y servicios relacionados a la reducción del número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional. Cuenta con el MINSAL como institución asociada en la implementación y un periodo de ejecución del 04/10/2012 al 31/12/2015. El presupuesto de este proyecto asciende a US\$ 1.880.070,34.

El resultado del proyecto se define como: *“fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público”,*

⁶ De acuerdo con lo solicitado en los TDR correspondientes, la evaluación considera dos niveles de análisis: A) La adecuación de la teoría de cambio del proyecto. En este nivel de análisis se valoran los supuestos subyacentes a las intervenciones y las soluciones propuestas y sus vínculos causales para alcanzar los resultados planificados. En este nivel, se espera que se examine el enfoque propuesto y las ventajas comparativas y valor agregado del PNUD y su efectividad, el rol esperado de los asociados, así como la pertinencia a las prioridades nacionales y corporativas, y riesgos enfrentados. B) Los resultados alcanzados, incluidos los resultados de los proyectos y el punto hasta el cual estos resultados han contribuido a la generación de capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y contribución a la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud. En la medida de lo posible, se espera también identificar las lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones. Las lecciones deberán cubrir la gestión de los resultados de desarrollo y las prácticas de seguimiento y evaluación.

estableciéndose como línea base: *“Las capacidades actuales del MINSAL no reúnen plenamente los requerimientos para una eficiente adquisición de bienes o servicios”*.

Asimismo, se estableció como producto esperado: i) *“gestión oportuna de insumos del proyecto”*, con una meta de: *“al menos 80% de insumos adquiridos por categoría conforme al plan de adquisiciones”*.

La cooperación entre PNUD y el MINSAL se remonta al inicio de las subvenciones auspiciadas por el Fondo Mundial contra el VIH-SIDA, tuberculosis y malaria (GFATM), dónde PNUD asumió el rol de Receptor Principal en 2003 y posteriormente inició un proceso de fortalecimiento del MINSAL para que en 2006 asumiera este rol a través de los Programas de Tuberculosis y VIH. A fin de consolidar la apropiación nacional, continuar con el desarrollo de capacidades y la sostenibilidad de los resultados, este proyecto se ejecuta bajo la modalidad de implementación nacional (NIM), lo que implica que el MINSAL asume la responsabilidad de la coordinación del proyecto. Los procedimientos contractuales a aplicar implican sucesivas responsabilidades por cada parte en cada fase de los mismos.⁷

Si bien el MINSAL pasó a ser receptor principal del Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA y cuenta con áreas operativas para la gestión de proyectos, se observó en el diseño del proyecto que persistían retrasos significativos para las adquisiciones de bienes y servicios que impedían la mejor combinación de economía y eficiencia, afectando la respuesta del PNTB a la población. En ese sentido, y atendiendo a la solicitud del MINSAL, la estrategia consensuada y aprobada por el Fondo Mundial relacionadas a las compras de este proyecto y basados en el Memorándum de Entendimiento suscrito entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y el PNUD, se estableció que éste brindaría servicios de apoyo a la implementación y contribuiría con fondos propios a la realización de un diagnóstico y un plan de desarrollo de capacidades que abordara los obstáculos que aún persistían.

⁷ **“Compras y contrataciones:** A partir del plan de compras elaborado anualmente, el MINSAL enviará por escrito y vía electrónica a PNUD las requisiciones de compra con los debidos términos de referencia o especificaciones técnicas. Para tales efectos el MINSAL enviará un formulario de requisición debidamente firmado junto con la documentación de soporte, de acuerdo con las normas y procedimientos de PNUD. Una vez realizado el debido proceso, el PNUD presentará su recomendación de compra al MINSAL para su aceptación. Posteriormente el PNUD firmará el contrato u orden de compra con el proveedor. El Ministerio de Salud será responsable del seguimiento de los contratos y órdenes de compra firmadas. En caso de incumplimiento, el Ministerio de Salud notificará oportunamente al PNUD, para que se aplique al proveedor las sanciones previstas en la normativa de PNUD. A solicitud del Ministerio de Salud, el PNUD interpondrá sus buenos oficios y llevará a cabo las gestiones pertinentes a fin de procurar la entrega oportuna de bienes y servicios, contratados, o en su defecto para hacer efectiva la garantía prevista en los contratos, siempre y cuando sea convenido por las partes. Una vez adjudicada un contrato u orden de compra, en caso de que el Ministerio de Salud cancele o reduzca las cantidades de bienes a adquirirse, el Ministerio de Salud asumirá todos los riesgos y compromisos financieros que se deriven de tales decisiones. Los equipos y bienes adquiridos serán transferidos al Ministerio de Salud en el momento de su recepción, de acuerdo a la normativa de PNUD aplicable. Será responsabilidad del Ministerio de Salud asegurarse que los bienes adquiridos en el marco del proyecto estén debidamente registrados, resguardados y su custodia cumpla con las regulaciones y requisitos institucionales. El costo del seguro de dichos bienes será imputado al presupuesto del proyecto. Las personas naturales que brinden servicios de consultoría, así como las firmas consultoras, no serán aseguradas por el proyecto. El PNUD conservará la documentación original de los procesos de adquisiciones de bienes y contratos de servicios. Los gastos derivados de los procesos de adquisición de bienes, tales como almacenamiento, liberación de aduana, transporte, manejo de documentos de importación, anuncios de licitación en los medios y otros gastos que surgieren relacionados a las actividades propias del proyecto, serán imputables al presupuesto del proyecto.”

El proyecto 00068118/00083506 “Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis” (PNTB) – FASE 2

Luego de la Revisión Sustantiva 1 en mayo 2016, se acordó una nueva fase del proyecto con fecha de finalización al 31/12/2019 y un presupuesto de US\$ 8.040.122,19, así como un nuevo indicador que pasa a ser la tasa de incidencia de la tuberculosis cada 100.000 habitantes.

A través de una Revisión Sustantiva 2 del 14/08/2017, se acuerda una disminución en la contribución MINSAL por economías de escala generadas en los procesos de adquisiciones, así como también por cambios de líneas del plan de compras en cuanto a que las adquisiciones de materiales de construcción las hará directamente el ministerio. El nuevo monto acordado es de US\$ 7.753.460,84.

Se mantiene en esta Fase 2 el resultado esperado: *“Fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público”* y se establece como indicador la tasa de incidencia de casos reportados de TB por 100.000 habitantes. Dada la acción prioritaria de esta nueva fase consistente en la instalación de un sistema de detección precoz de casos de tuberculosis en virtud de la tendencia incremental de la tasa de incidencia de TB, a causa del explosivo incremento de casos en la población privada de libertad, se pactan metas que implican un crecimiento en el reporte de los mismos, con una línea base de 37,4 en 2015 y una meta de 41,3 en 2018.

4. LÓGICA DE INTERVENCIÓN

El MINSAL solicitó al PNUD la continuidad del proyecto para contar con el acompañamiento y prestación de servicios en la adquisición de consultorías, bienes y servicios establecidos en la nueva propuesta de tuberculosis a ser financiada por el Fondo Global. Asimismo, se consideró en la Revisión Sustantiva 1 la tendencia creciente que venía mostrando la tasa de incidencia de la tuberculosis en los últimos años. Asimismo, se observaron importantes diferencias de tendencia entre regiones y municipios del país.

En buena medida, la justificación de las nuevas acciones a considerar en la fase 2 apuntó a incluir poblaciones con mayor riesgo de contraer tuberculosis por razones médicas, sociales y ambientales: i) población privada de libertad; ii) población residente en territorios controlados por pandillas que dificultan la llegada de servicios de salud; iii) población con diabetes, la que tienen 3 veces más probabilidad de contraer tuberculosis; iv) trabajadores de salud en contacto frecuente con casos de tuberculosis; y v) población con adicción al alcohol y drogas, así como indigentes.

Asimismo, se consideraron los problemas que derivan de la deficiente estructura de gestión del sistema de salud: i) fragmentación y segmentación del sistema que conduce a la duplicación de esfuerzos; ii) falta de adecuados modelos de gestión, infraestructura, equipos, insumos, materiales y recursos humanos en los establecimientos de salud, así como de mecanismos de referencia y retorno que incluyan el traslado y envío de muestras de los establecimientos a los laboratorios de referencia; iii) falta de ventilación en ambientes de trabajo, equipos e insumos de bioseguridad y procedimientos estandarizados para evitar el contagio del personal de salud; iv) limitado acompañamiento de autoridades locales, de las organizaciones y de las mismas comunidades en el control de la tuberculosis; y v) inexistencia de un sistema de información integrado y en tiempo real que permita análisis y respuesta del sistema de salud en forma oportuna.

Con base en estas consideraciones, el nuevo Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la tuberculosis 2016-2020 (PENMTB) busca desarrollar un enfoque más horizontal con amplia participación multisectorial que incluye sociedad civil, personas afectadas por la enfermedad, grupos comunitarios y empresa privada, basado también en un enfoque de derechos humanos y equidad de género. El principal objetivo del PENMTB es detectar precozmente la tuberculosis, por lo que el indicador clave pasa a ser la cantidad de casos reportados cada 100.000 habitantes.

5. MONITOREO

Las actividades del proyecto han estado sujetas al monitoreo con base en los indicadores establecidos en el respectivo plan de monitoreo y evaluación del proyecto. Durante el ciclo anual, el seguimiento es recopilado por la coordinación del proyecto y activado y actualizado en Atlas por el garante del proyecto, dentro del cual se activa y actualiza un análisis de riesgos. Asimismo, los productos y actividades del proyecto son monitoreados por el Director en forma trimestral según los indicadores y metas establecidas en el POA. Por su parte, el PNUD realiza una visita de monitoreo anual para analizar el grado de avance hacia los resultados esperados y ayudar a resolver eventuales problemas de ejecución.

Anualmente, la coordinación del proyecto prepara y comparte un reporte anual con la Junta Ejecutiva. Basado en el reporte de revisión anual, se lleva a cabo una revisión dirigida por la Junta Ejecutiva y centrada en establecer en qué medida se progresa con las actividades y si éstas son las adecuadas para lograr los resultados esperados.

Cabe señalar, especialmente en el contexto de esta evaluación, que es responsabilidad del equipo del proyecto en MINSAL-PNTB mantener los registros actualizados y asegurar la exactitud y confiabilidad de los mismos, a fin de realizar conciliaciones oportunas con el PNUD.

6. AVANCES REPORTADOS

De acuerdo con los diferentes documentos puestos a disposición de la evaluación, se ha cumplido satisfactoriamente con ambos resultados del proyecto: i) fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de sus programas y proyectos; y ii) eficiente y oportuna provisión de bienes y servicios.

7. ESTRATEGIA DE SALIDA

Como estrategia de salida en la FASE 1 se estableció lo siguiente: *“Dentro de los objetivos y actividades del proyectos se destaca el fortalecimiento de las capacidades del PNTB del MINSAL. El proyecto contempla el diagnóstico de capacidades y el desarrollo de un plan de fortalecimiento. El MINSAL ejecutará dicho plan, asegurando con ello la sostenibilidad de la intervención y al término de la vida del Proyecto se prevé que esté en la capacidad de gestionar eficientemente sus programas y proyectos”.*

En relación a la FASE 2 se acordó la siguiente enunciación: *“El fortalecimiento brindado al PNTB, no solo en el equipamiento sino también la compra de insumos clave para facilitar y agilizar la respuesta a la enfermedad, permitirán incrementar las capacidades institucionales del MINSAL y sectores claves relacionadas. Tal es el caso de la estrategia de atención a los municipios categorizados por*

los diferentes tipos de riesgo, esta capacidad de respuesta y atención quedará a nivel territorial, que abona el proceso de sostenibilidad de las acciones en el largo plazo.”

8. PREGUNTAS DE LA EVALUACION

a. ¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal del MINSAL durante el período de apoyo?

Tal como puede observarse en el siguiente cuadro, el nivel de ejecución presupuestal del MINSAL es sumamente alto históricamente y en particular durante el período de apoyo, ubicándose en un 101% en promedio 2007-2017. Esta sobre ejecución ha estado acompañada de una sistemática modificación presupuestal que ha incrementado todos los años el presupuesto aprobado. En definitiva, no puede afirmarse que el apoyo brindado por PNUD haya incrementado la ejecución presupuestal del MINSAL. Sin embargo, lo anterior no quiere decir que no haya contribuido a fortalecer las capacidades de planificación y ejecución del MINSAL, sino solamente que el indicador elegido no refleja adecuadamente estos esfuerzos. Más aún, considerando la positiva evaluación que el MINSAL – tal como se presenta anteriormente en el cuadro de avances reportados – ha realizado sobre los resultados del proyecto referido al fortalecimiento del PNTB.

Cuadro 2: Ejecución presupuestal MINSAL 2007-2018 (en millones de US\$)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Presupuesto aprobado	341	372	444	438	514	536	581	616	643	658	662	659
Presupuesto ejecutado	361	385	441	475	530	522	623	591	608	644	645	s/d
como % de presupuesto aprobado	106%	104%	99%	109%	103%	97%	107%	96%	95%	98%	97%	
Subsidio per cápita	81	87	98	108	117	114	137	128	131	136	137	s/d

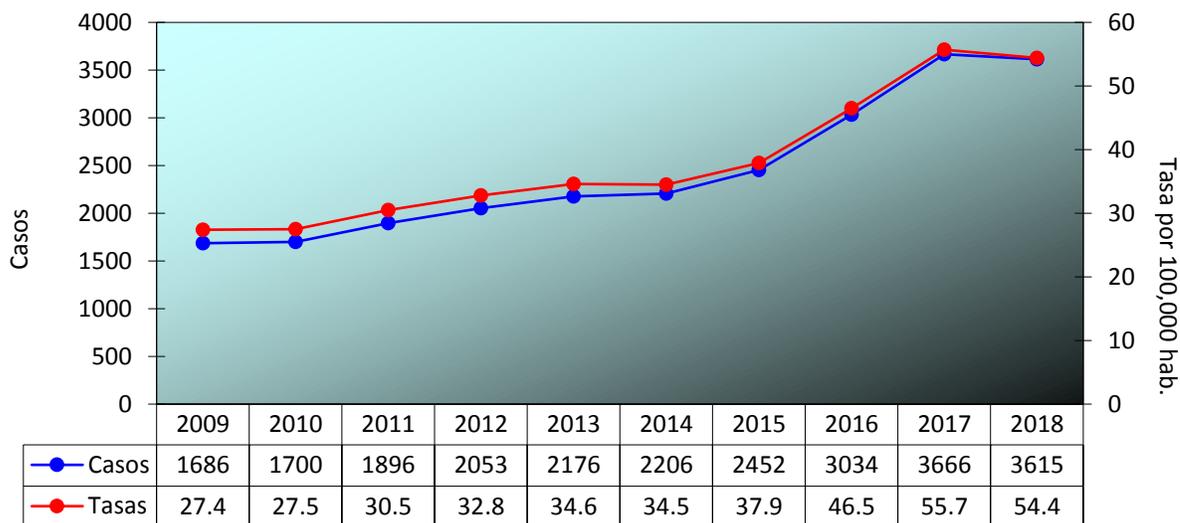
Fuente: Portal de la Transparencia / MINSAL / Memorias de labores (Verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>)

b. ¿Cuál ha sido la evolución de la tasa de incidencia de la TB durante el período de apoyo?

Cabe destacar, que las siguientes consideraciones son una contribución específica del PNTB a la evaluación y resultan de sus respuestas a las preguntas de la misma, las que transcribimos por completo dada su claridad y pertinencia.

El Salvador ha presentado un incremento en la notificación de casos de tuberculosis en los últimos 10 años, el cual ha sido más pronunciado a partir del año 2014, tal como puede observarse en la siguiente figura. Para el año 2014, el país presentó una incidencia de 2.206 casos de TB todas las formas a nivel nacional que corresponde a una tasa de TB todas las formas de 34,5 x 100.000 habitantes incrementándose hasta una tasa de 54,4 x 100.000 hab. (3.615 casos) a nivel nacional para el año 2018, lo que estaría indicando que no se habría cumplido con la meta establecida en 41,3 casos reportados para este año.

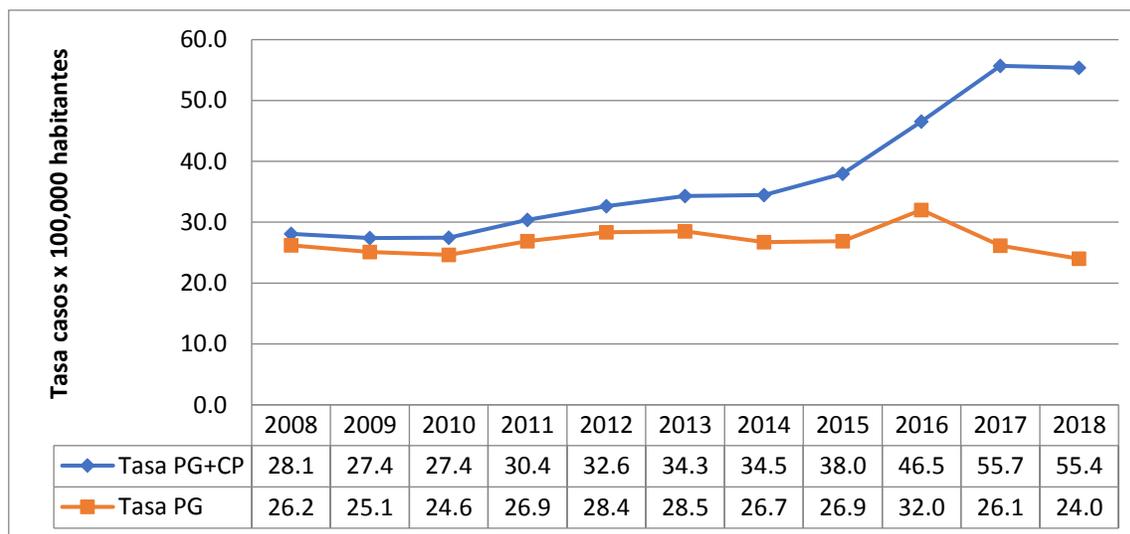
Figura 1: Tasa de incidencia de casos de TB (todas las formas) a nivel nacional 2010-2017



Fuente: Elaborado por PNTB como respuesta a pregunta de la evaluación.

No obstante, como puede observarse en las siguientes dos figuras, al realizar un análisis desagregando por población general y población privada de libertad (PPL), se observan dos tendencias totalmente diferentes. Para el año 2018, en la población general (PG), que se estima en 6.605.271 habitantes, se detectaron 1.609 casos de TB todas las formas con una tasa de 24x100.000 habitantes, cifra que se ha mantenido con poca variación en los últimos 10 años.

Figura 2: Tasa de incidencia TB con y sin población en centros penales 2008-2018

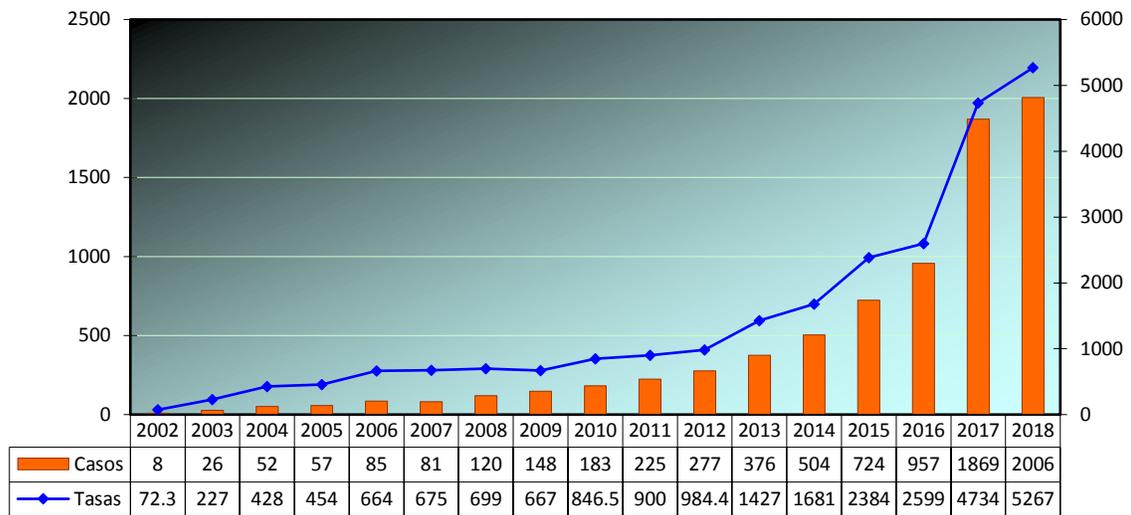


Fuente: Elaborado por PNTB como respuesta a pregunta de la evaluación.

Por su parte, la población privada de libertad ha presentado una tendencia al aumento de casos de TB desde el año 2010, con un mayor incremento a partir del año 2014, en el cual se notificó una

incidencia de 504 casos con una tasa de incidencia 1.681 X 100 000 habitantes, llegando a notificar 2.006 casos para el año 2018, en una población de 38.088 prisioneros (Tasa de incidencia 5.266,8 x 100 000 habitantes) que corresponde a un aumento de 3 veces la tasa para el año 2014. Como puede observarse, el incremento de la incidencia a nivel nacional resulta de la situación que se presenta en los centros penales.

Figura 3: Tasa de incidencia TB en centros penales 2002-2018



Fuente: Elaborado por PNTB como respuesta a pregunta de la evaluación.

Es importante incluir dentro de este análisis, las características que presentan las personas privadas de libertad (PPL), quienes constituyen una población altamente vulnerable a la TB, ya que configuran asentamientos humanos con dificultades estructurales y funcionales importantes, cuyo escenario entorpece la conducción efectiva de los programas de sus servicios de salud, entre ellos, el control de la TB. Las personas privadas de libertad son predominantemente masculinos, jóvenes (15 a 44 años), poco educados y con desventajas socioeconómicas. A menudo pertenecen a grupos minoritarios o migrantes. Muchos han vivido en los márgenes de la sociedad. Las condiciones de la prisión a menudo conducen a la mala salud durante el encarcelamiento. Existe una jerarquía no oficial de presos que representa una estructura de poder paralela a la administración oficial de la prisión, la cual puede ser tanto o más poderosa. La jerarquía tiene implicaciones directas para el cuidado de pacientes con TB. Por ejemplo, la posición de los pacientes en la estructura de poder puede afectar la capacidad de respuesta de los trabajadores de salud. Asimismo, la desnutrición resulta perjudicial para las actividades de salud que se llevan a cabo, condicionando y favoreciendo la transmisión de la tuberculosis directa o indirectamente.

En el país, la violencia ha generado que las medidas de control estatal se hayan endurecido, generando mayor seguimiento y persecución del delito. Con ello, la población privada de libertad se ha incrementado, pasando de 22.189 privados de libertad en el año 2009 a 39.279 para el año 2018. Asimismo, existen otros factores que intervienen en el control de la TB, como son:

1. La dependencia de salud en los centros de reclusión es responsabilidad del Ministerio de Justicia, en coordinación con el Ministerio de Salud, pero las intervenciones en salud son limitadas ya que la prioridad para las autoridades del sistema penitenciario es la seguridad.

2. La infraestructura es inadecuada e incluye pobre ventilación y escasa iluminación de las celdas, además de hacinamiento, falta de tamizaje de enfermos sospechosos de TB a su ingreso al centro penitenciario y deficiente control de contactos de enfermos con TB. La falta de las condiciones de áreas de aislamiento de enfermos contagiosos especialmente para casos de TB BK+ y TB–MDR condiciona la transmisión de la TB.
3. Se busca cumplir con el Tratamiento Estrictamente Supervisado (TAES), pero por las condiciones no es riguroso, especialmente cuando los presos son confinados a celdas de castigo o pabellones de alta seguridad e incomunicación.
4. La ausencia de coordinación intra y extra muro para la continuación del tratamiento. Las PPL pueden estar suficiente tiempo para contagiarse una TB, pero no lo suficiente para terminar con su tratamiento ya que son liberados y no logran ser ubicados en los domicilios que han consignado. Otra dificultad es la interrupción del tratamiento por transferencia de la PPL a otros centros de reclusión (por seguridad, por razones judiciales o disciplinarias, etc.) sin ninguna coordinación con el personal de salud.
5. El mercado de esputo, cuando las PPL compran y venden esputos BK+ para beneficiarse de algunas medidas de comodidad que tienen los enfermos de TB.
6. Las prisiones son pequeñas comunidades cerradas, pero no herméticas y con reglas propias de convivencia, compuestas no sólo por las PPL, sino por personal de custodia, de salud, técnicos y obreros, quienes ingresan y egresan todos los días de los recintos. A estos se añaden los visitantes que entran y salen después de mantener contacto estrecho y frecuente con las PPL. Los centros penitenciarios son considerados como grandes reservorios de TB.

Ante este escenario, el Ministerio de Salud en coordinación estrecha con el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, y contando con el apoyo de financiamiento del Fondo Global, implementaron una Estrategia de abordaje diferenciado a población privada de libertad en El Salvador a partir del año 2011, la cual incluyó:

1. Capacitación al Personal de Salud (CPS) de las clínicas dentro de las prisiones y los establecimientos del MINSAL que brindan atención en salud fuera de las prisiones, lo cual se realizó al 100% del personal.
2. El año 2012 se inicia con el uso de un equipo de Rayos X móvil digital instalado y acondicionado con las normativas y permisos de uso de este tipo de equipos.
3. Se capacitó a colaboradores voluntarios (CV) dentro de los centros penales de adultos, quienes recibieron entrenamiento sobre identificación de SR , toma de buena muestra de esputo para BK y Xpert MTB Rif y un buen DOT/TAES. Además, apoyan en la búsqueda de contacto y supervisan tratamiento.
4. Se introdujo el diagnóstico de TB a través de la Prueba Xpert MTB Rif, el cual realiza un PCR en tiempo real y lee el ADN del *Mycobacterium tuberculosis* de forma rápida.

Todas estas medidas fueron dirigidas a la mejora del acceso, diagnóstico y tratamiento; logrando un mayor diagnóstico de casos de TB y altos porcentajes de éxito de tratamiento. Esta estrategia se ha continuado y fortalecido con el cofinanciamiento al Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis, recibido de parte del Fondo Mundial en los años 2016 – 2018 y en la actual subvención que se encuentra ejecutando para los años 2019-2021.

c. ¿Cuál ha sido la evolución de los costos unitarios por servicio prestado, durante el período de apoyo?

Para una adecuada respuesta a esta pregunta se enfrenta la limitante de no contar con un sistema de seguimiento longitudinal de precios que nos permita analizar la evolución de los costos unitarios por servicio prestado, especialmente antes y durante el período de apoyo del PNUD. Esta es una limitante que enfrenta todo el sistema de salud del país con consecuencias negativas, por no poder utilizarse precios de referencia consistentes a la hora de iniciar, evaluar y culminar nuevos procedimientos de adquisiciones.

Respecto de esta pregunta la respuesta del PNTB es:

“En relación a los costos unitarios podemos decir que los precios se han mantenido en los últimos años, algunas veces hay un pequeño incremento, pero esto es debido a la economía de país. Y en muchas ocasiones el PNT obtiene mejores precios por las cantidades que se compran, y el beneficio es que se adquieren bienes y servicios de buena calidad. Una de las ventajas que hemos encontrado es que el PNUD tiene convenios (LTA) con diferentes proveedores de todos los rubros, esto nos permite realizar compras más rápidas y mantener los precios hasta por dos años.”

“El PNT ha podido observar que, en algunos casos, como lo son los equipos e insumos médicos, los precios unitarios son un poco elevados a comparación de los otros gestores. Pero es debido a que la calidad de los productos es mejor, ya que estos son elaborados en mejores materiales y su durabilidad es más larga en comparación a un equipo que nos ha costado menos.”

d. Revisión de la lógica de intervención:

- **¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado?**
- **¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué?**

En ambas fases del proyecto se observa que el apoyo del PNUD se implementó según lo previsto. La problemática principal que marca el paso de la fase 1 a la fase 2 ha sido el incremento de la tasa de incidencia de TB, fundamentalmente por su explosiva evolución en la población privada de libertad. Las adaptaciones definidas en la Revisión Sustantiva 1 que da lugar a la fase 2, permitió enfrentar esta problemática mediante el desarrollo de un enfoque de mayor horizontalidad buscando establecer mecanismos descentralizados para la detección precoz de nuevos casos de TB. Si bien a fines de 2018 no se pudo alcanzar la meta de 41,3 casos cada 100.000 habitantes, puesto que la cifra se ubicó en 54,4, debe considerarse que esta meta se pactó en un momento aún temprano de la explosiva evolución de la enfermedad de TB en la PPL, la que se incrementó a niveles muy superiores en 2017 y 2018.

e. ¿En qué medida la estrategia de alianzas brindó la necesaria articulación institucional?

Desde sus inicios, la cooperación entre PNUD y MINSAL ha estado complementada con la articulación con el Fondo Mundial contra el VIH-SIDA, tuberculosis y malaria (GFATM) y con independencia de los cambios de modalidad de ejecución a lo largo de la misma, el apoyo del GFATM ha estado siempre presente. En este contexto, el Grupo Ejecutivo del Proyecto, integrado en primera línea por el Representante Residente del PNUD y la Ministra de Salud, o bien por quienes ambos deleguen su mandato, así como el Comité de Aprobación de Proyectos (PAC), integrado también por representantes del MRREE y directores del PNTB, han permitido sacar provecho de la fuerza implícita en el marco de alianzas del proyecto, facilitando su ejecución.

f. ¿Cuál ha sido el valor agregado de la intervención PNUD?

El PNUD ha generado valores agregados a partir de su enfoque de gestión de proyectos, los que generaron experiencias que hubieran sido difíciles de lograr dentro de la lógica de gestión pública predominante en el sistema de salud del país. Por orden de importancia en relación a las principales debilidades de la gestión pública, cabe señalar el énfasis puesto en la definición de adecuadas estrategias de alianzas que permitieron superar a nivel micro de los proyectos los graves problemas de articulación existentes a nivel macro del sistema de salud salvadoreño. En segundo lugar, se destaca la implementación sistemática año a año de un enfoque de planificación que incluye la presupuestación, vale decir, una presupuestación que apuesta al futuro y por ende está basada en el cumplimiento de metas de la planificación, muy necesaria y muy diferente a la típica presupuestación en lógica pública que va vinculada al sistema de administración, dónde siempre se repite el pasado ajustando la presupuestación solamente por variaciones en la cobertura de personas a atender (*inercia presupuestal*). En el mismo sentido y derivada de esta planificación/presupuestación por metas, se destaca también el enfoque de monitoreo con base en los indicadores establecidos en el plan de monitoreo del proyecto.

7.2 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS)

1. MARCO NORMATIVO

Por Decreto Legislativo N° 1263 de 1953 (DL1263-1953), se establece que en materia de salud, el ISSS cubrirá a los trabajadores por enfermedad, al igual que a los beneficiarios de una pensión y los familiares dependientes de los asegurados y los pensionados. El ISSS es una entidad autónoma y se relaciona con el Estado a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS).

Para la cobertura del régimen de salud, el patrono aporta 7,5% y el trabajador 3% de la correspondiente remuneración. Los pensionados aportan 7,8% de su pensión. El patrono está obligado a entregar al ISSS las cuotas de sus trabajadores y las propias, en el plazo y condiciones que señalan los reglamentos. De acuerdo con el Decreto N° 37 de 1954 (D37-1954) que reglamenta el DL1263-1953, la demora en el pago de las cotizaciones hasta 15 días después de vencidos los plazos dará lugar a un recargo del 5% sobre el monto de la cotización mensual adeudada. Si la demora excediere de 15 días el recargo será del 10%.

En caso de enfermedad, las personas cubiertas tendrán derecho a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio, y aparatos de prótesis y ortopedia. El ISSS presta estos beneficios directamente o por medio de personas o entidades que se contraten al efecto.

2. ESTRUCTURA DE ATENCIÓN EN SALUD

Al año 2018 la red de atención en salud del ISSS estaba compuesta por 11 hospitales, 15 unidades médicas con hospitalización y 20 sin hospitalización, 37 clínicas comunales, 6 centros de atención de día y 291 clínicas empresariales, las que funcionan en convenio dentro de las empresas.

Esta red de atención cuenta con un total de 2.286 camas, 2.452 médicos, 207 odontólogos, 6.136 técnicos de apoyo en enfermería, paramedicina, laboratorio y farmacia, psicología y trabajo social, y 5.312 personas en otros recursos de salud. El total del personal en salud es de 14.107 y en área administrativa 1.819, lo que configura una relación técnicos/administrativo de 7,75/1.

El ISSS realizó en el año 2018 un total de 888 procesos de compra por un valor total de US\$ 138.859.975, vale decir, un promedio US\$ 156.374 por compra. En compras de medicamentos específicamente, se realizaron 165 procesos por un valor total de US\$ 58.369.765, lo que arroja un promedio de US\$ 353.756 por compra, en definitiva, un promedio que de acuerdo a la LACAP debe comprarse mediante licitación pública y muy especialmente con aplicación de la programación anual allí requerida. Sin embargo, las bases de licitación se finalizaron en un promedio de 23 días y la recomendación de las mismas en un promedio de 44 días. En general, las Memorias de Labores del ISSS muestran reiteradamente una preferencia por la rapidez de compras y no así en su oportunidad como resultado de una programación anual y un debido proceso que garantice también mejor precio y mejor calidad.

3. PROYECTOS 00076049/00087638 Y 00110633/00109881 EN ASOCIACIÓN CON PNUD

El proyecto 00076049/00087638 “Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado”, con el ISSS como entidad asociada en la implementación, persigue dos resultados. El Resultado 1 busca fortalecer **un mecanismo integrado** de prevención, seguimiento y recuperación de la mora patronal del sector privado, dado que el mecanismo existente carecía de integración entre las instancias involucradas. Se establecieron como metas: i) al final del primer año de implementación deberá estar integrado el mecanismo de recuperación de mora; y ii) al menos 20 personas capacitadas en su aplicación. El Resultado 2 apunta al suministro eficiente y oportuno medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición y reactivos de laboratorio. El período de ejecución del proyecto va de octubre 2014 a diciembre 2019 y cuenta con un presupuesto de US\$ 5.117.000.

El proyecto 00110633/00109881 “Promoción y restablecimientos del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II”, nuevamente con el ISSS como asociado en la implementación, tiene como resultados: i) mecanismos que fortalezcan la recuperación de la mora patronal, haciendo énfasis en la mora

8 La mora del sector público es atendida mediante otro mecanismo interno del ISSS (Documento del proyecto PNUD 00076049, abril 2014)

reciente considerada como recuperable; ii) provisión oportuna y eficiente del suministro de medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición, reactivos de laboratorio e insumos odontológicos; y iii) fortalecimiento de los procesos y servicios que brinda la División de Abastecimiento, a partir de adecuarla del equipamiento necesario. Comprende el período 15/10/2018 a 31/12/2021 y cuenta con un presupuesto de US\$ 7.106.966,88.

Los indicadores del Resultado 1 refieren a: i) número de empleadores capacitados y con asesoría sobre cumplimiento de obligaciones sociales, con una línea base de 500 por año en 2017, pactándose metas incrementales y acumuladas por año hasta llegar a 3.400 en 2021; y ii) número de técnicos capacitados en procesos de vigilancia conjunta (Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo e ISSS), partiendo de una línea base de 80 por año en 2017 y pactando metas incrementales y acumuladas por años hasta llegar a 300 en 2021.

Los indicadores del Resultado 2 refieren a: i) % de economía sobre presupuesto en la compra de medicamentos con metas de 26% en ARV y 35% en reactivos; ii) % del total de líneas de medicamentos adquiridos del cuadro de ARV, reactivos y de medicamentos de difícil adquisición con una meta de 3,8% en 2018; y iii) % de pacientes de VIH que se declaran satisfechos por los servicios de salud prestados, desagregado por género, con una meta pactada de 98% para 2018.

El indicador del Resultado 3 consiste en “*División de Abastecimiento en funcionamiento*”.

4. LÓGICA DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con lo establecido en el documento de proyecto correspondiente, el ISSS solicitó la asistencia del PNUD para fortalecer sus capacidades en la gestión y recuperación de la condición de asegurados a los trabajadores y trabajadoras cotizantes cuyos patronos no han trasladado las correspondientes cuotas, a través de la mejora de los mecanismos existentes de prevención, seguimiento y recuperación que permitan una comunicación con los patronos y con los asegurados, como así también mediante la facilitación de alianzas interinstitucionales con entidades públicas y privadas. Asimismo, se estimó conveniente incluir organizaciones o instituciones que promuevan la igualdad de género al interior de las discusiones, análisis e implementación de mejoras a estos mecanismos.

Por otro lado, el ISSS cuenta con el Programa de VIH/SIDA que incluye la provisión de antiretrovirales y medicamentos de difícil adquisición. Por más de 7 años, PNUD había facilitado el apoyo a la implementación del proyecto conduciendo el proceso de adquisiciones de estos medicamentos y reactivos requeridos por los laboratorios del ISSS.

De acuerdo con la visión del ISSS contenida en su plan estratégico 2012-2014, el garantizar el acceso a medicamentos a sus derecho habientes es un tema clave y los y las cotizantes que han adquirido el virus del VIH son una población meta importante en esta prioridad. Dadas las capacidades desarrolladas por el PNUD como receptor de subvenciones del Fondo Global, se determinó como conveniente mantenerlo como asocio en la implementación, con el propósito de promover la generación de capacidades en el ISSS, para que sea el equipo de dicha institución el que realice las adquisiciones y contrataciones requeridas en un futuro cercano.

5. MONITOREO

El proyecto se ejecuta bajo la modalidad de implementación NIM, siendo el ISSS responsable por los resultados del proyecto, incluido el seguimiento y evaluación de las intervenciones, la responsabilidad por el uso eficaz de los recursos y mantener la documentación pertinente de los gastos de conformidad con las normas y procedimientos aplicables y según las disposiciones establecidas por el PNUD para la implementación de este tipo de proyectos. La mecánica para el sistema de monitoreo sigue los mismos lineamientos indicados para el caso del MINSAL-PNTB.

6. AVANCES REPORTADOS

Proyecto 00076049/00087638 “Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado”

- **Resultado 1: Mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de mora empresarial fortalecido**

De acuerdo con los avances reportados en la documentación puesta a disposición de la evaluación, se considera que los resultados previstos de este Resultado 1 - *i) al final del primer año de implementación deberá estar integrado el mecanismo de recuperación de mora; y ii) al menos 20 personas capacitadas en su aplicación* – han sido alcanzados plenamente. En particular, se destaca en relación a la situación previa a la intervención del PNUD, la existencia de un departamento de recuperación prejudicial de la mora basado en una política específica adoptada por la institución, la que recientemente fue actualizada y proyectada al 2021.⁹ En esta política se establecen como ejes: i) la prevención, a través de jornadas de formación y concientización a los empleadores; ii) la atención temprana de la mora, mediante la integración de todos los subsistemas del ISSS vinculados con la misma, posibilitando un sistema de correos electrónicos y llamadas telefónicas a empleadores y sus trabajadores para comunicar de modo inmediato el no pago de las cotizaciones, entre otros mecanismos; y iii) el desarrollo de herramientas, fundamentalmente de base tecnológica para dar sustento y agilidad a la articulación de todas las partes involucradas. Se destaca también, la definición de un conjunto de planes de pago que buscan facilitar y concretar la liquidación de las cotizaciones atrasadas: i) planes de pago sin dispensa de multas y recargos; ii) planes de pago que incorporan la dispensa de multas y recargos; y iii) arreglo extrajudicial.

- **Resultado 2: Medicamentos e insumos de laboratorio suministrados eficiente y oportunamente para la atención a los/las derechos habientes**

El Resultado 2 apuntaba al suministro eficiente y oportuno medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición y reactivos de laboratorio. Tanto la eficiencia como la oportunidad de los procesos desarrollados merecen algunas puntualizaciones.

En relación con la eficiencia, cabe señalar que no se cuenta con un sistema de seguimiento longitudinal o histórico de los precios transados antes y durante la intervención del PNUD. Sin

⁹ “Política de Prevención y Recuperación de la Mora en el Pago de Cotizaciones a la Seguridad Social 2016-2018”, y “Política de Prevención y Recuperación de la Mora en el Pago de Cotizaciones a la Seguridad Social para el Trienio 2019-2021”, elaborados por el Departamento de Recuperación Prejudicial del ISSS en marzo 2016 y diciembre 2018 respectivamente.

embargo, en consulta con las diversas partes relevantes, se observó que existe la convicción generalizada que los precios luego de la intervención del PNUD han disminuido significativamente. Sin embargo, la comprobación objetiva de esta percepción requiere de dicho módulo informático, de relativa sencillez, que permita realizar un seguimiento longitudinal de los precios transados antes y durante la intervención del PNUD para cada medicamento u otros bienes y servicios. Esta es una limitante del sistema de salud salvadoreño que obstaculiza de modo significativo el uso de precios de referencia consistentes que permitan garantizar la eficiencia de los procedimientos de adquisiciones, especialmente de medicamentos.

En relación con la oportunidad, se observa que existe una tendencia del ISSS, que se expresa reiteradamente en sus Memorias de Labores, así como de todos los subsistemas de salud entrevistados en el marco de la evaluación y que consiste en preferir rapidez y no oportunidad. Esta preferencia por las compras rápidas – en torno a unos 60 días - pone límites estrechos al desarrollo de las buenas prácticas de contratación que pudiera desarrollar el PNUD y que son muy similares a las que surgirían de una correcta aplicación de la LACAP con base en una programación anual.

De esta manera, los resultados del componente 2 estarían cumplidos de acuerdo a una interpretación textual de los mismos, es decir, salvo algunas dificultades iniciales se ha logrado un suministro eficiente y oportuno de medicamentos y reactivos de laboratorio. Sin embargo, el ejercicio de compras rápidas a nivel internacional por parte de PNUD, si bien es un mecanismo que ha demostrado su efectividad y beneficio para el ISSS y por ende su necesidad y conveniencia, no parece ser suficiente en la perspectiva de transferir al ISSS adecuadas capacidades de adquisición con base en las normas de la LACAP. Limitar el rol del PNUD a esta única modalidad conduce a desaprovechar el enorme potencial del mismo para lograr compras conjuntas de gran escala con base en correctos procedimientos contractuales que garanticen buenos precios por beneficios de escala, calidad y oportunidad en la entrega, así como cláusulas para la reposición de stocks de medicamentos vencidos. Con ello, se desaprovecha también la posibilidad de capacitar y transferir al ISSS capacidades de planificación y ejecución que permitan en el futuro realizar lo mismo dentro de la normativa contenida en la LACAP.

El proyecto 00110633/00109881 “Promoción y restablecimientos del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II”

Al momento, según lo indicado a la evaluación, no existen informes trimestrales o anuales que contengan descripción de los avances realizados.

En relación al Resultado 1 cabe señalar que en el proyecto anterior, de acuerdo con la documentación recibida, se han cumplido plenamente los indicadores de resultado previstos. En este nuevo proyecto, fase II, se busca profundizar el conocimiento en materia de seguridad social de empleados y empleadores, así como fortalecer las capacidades técnicas y ampliar la cobertura de la Oficina de Asesoría Técnica en Seguridad Social a nivel nacional. De acuerdo con la proyección de la mora que presentamos más adelante a propósito de las preguntas de la evaluación, se considera que estas medidas contribuirán a garantizar el éxito del modelo implementado hacia el año 2025.

En relación con el resultado 2 y tal cómo se ha detallado en torno a la estrategia de salida del proyecto anterior, aún queda pendiente la generación de capacidades en el ISSS para una correcta

aplicación de la LACAP que le permita asegurar buen precio, buena calidad y oportunidad dentro de un imprescindible proceso contractual de 9 a 12 meses de duración con base en una programación anual. En esta fase II, se incorporan nuevos rubros en adquisiciones de material odontológico e insumos médico, así como el equipamiento logístico de los almacenes de la División de Abastecimiento del ISSS y el diseño y facilitación de un centro de distribución de medicamentos e insumos, como estrategia de sostenibilidad y fortalecimiento de capacidades para el ISSS, lo que hace aún mayor el desafío de lograr los resultados mencionados. En el marco de alianzas específicas del proyecto, aspecto clave que permite mitigar a nivel micro del proyecto la falta de articulación del sistema de salud en su conjunto, se buscará profundizar los mecanismos efectivos desarrollados en la Fase I con la Dirección Nacional de Medicamentos y el Ministerio de Relaciones Exteriores.

7. ESTRATEGIA DE SALIDA

De acuerdo con lo establecido en el Documento del Proyecto (PRODOC), la estrategia de salida se establece de la siguiente manera: *“Se realizarán un esfuerzo intencionado con acciones precisas a preparar las condiciones necesarias para transferir al ISSS nuevas capacidades relacionadas a la adquisición de antiretrovirales, medicamentos de difícil adquisición y reactivos. Para ellos se promoverá documentar las lecciones aprendidas y buenas prácticas asociadas a las experiencias implementadas anteriormente, que fortalezca las capacidades del ISSS para que asuman los procesos mencionados. Este proceso será analizado y construido al interior de la Junta Ejecutiva del Proyecto, teniendo como aspecto fundamental la generación de capacidades y la transferencia de lo capitalizado en términos de aprendizaje de toda la experiencia reciente.”*

Como puede observarse, la estrategia de salida así formulada no comprende la definición de criterios y/o indicadores que permitan establecer el momento oportuno del retiro de la intervención PNUD. Sin embargo, cabe señalar que la formulación conceptual de las mismas ha permitido a la evaluación los correspondientes criterios o indicadores con precisión de modo ex post.

Si consideramos los indicadores previstos para cada uno de los resultados como definitorios también del momento de retiro, nos encontramos ante dos situaciones diferentes. En relación con el Resultado 1 y tal como se detalla más arriba, los indicadores fueron cumplidos plenamente, por lo que se justificaría la finalización de la intervención del PNUD en el tema de la recuperación de la mora patronal.

En relación con el Resultado 2 y teniendo en cuenta lo expresado en el PRODOC respecto de la estrategia de salida, aún no se habría arribado a un momento oportuno para el retiro de la intervención del PNUD, puesto que es discutible que se haya cumplido con el criterio de *“preparar las condiciones necesarias para transferir al ISSS nuevas capacidades relacionadas a la adquisición de antiretrovirales, medicamentos de difícil adquisición y reactivos.”* En consideración de los avances registrados, se puede afirmar que aún se está lejos de transferir al ISSS las capacidades necesarias para una correcta aplicación de la LACAP que con base en la programación anual allí requerida permita implementar los debidos procedimientos contractuales que aseguren mejor precio, mejor calidad y oportunidad. En general, se sigue observando una preferencia del ISSS por la compra rápida, la que pone en jaque las dimensiones de precio, calidad y oportunidad.

Es más, una consecuencia no menor de las compras rápidas, y éste es un asunto relevante para todo el sistema de salud de El Salvador que viene creciendo de modo problemático,¹⁰ es la imposibilidad de pactar cláusulas de reposición de stocks vencidos con los proveedores.

De acuerdo con el PRODOC de la fase 2, se mantiene la estrategia de salida, la que refiere exclusivamente a adquisiciones.

8. PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

De acuerdo con lo establecido en la metodología de la evaluación, se dan aquí respuestas a las preguntas de la evaluación, las que han sido elaboradas con la participación activa y validación por parte del ISSS.

a. ¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal del ISSS en el régimen de salud durante el período de apoyo?

Tal como puede observarse en el siguiente cuadro, la ejecución presupuestal del ISSS en su régimen de salud se ha mantenido en niveles que pueden considerarse óptimos con un promedio de 93,5% en el período 2013-2018. El nivel de ejecución presupuestal era alto antes de la intervención del PNUD y se mantuvo en similares niveles durante el período de apoyo, no siendo posible observar una incidencia del PNUD en este proceso. El presupuesto gestionado a través del PNUD constituyó menos del 1% durante todo el período de apoyo. No quiere decir esto, sin embargo, que la intervención del PNUD no haya aportado al resultado de mejora de las capacidades de planificación y ejecución del ISSS, especialmente habida cuenta del éxito logrado en materia de la recuperación de mora, con importantes impactos de generación de ingresos para la institución. En todo caso, el indicador elegido – ejecución presupuestal – no da debida cuenta del aporte del PNUD a estos efectos.

Cuadro 3: Evolución de la ejecución presupuestal ISSS régimen salud 2014-2018 (en US\$)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Presupuesto aprobado régimen salud	439.867.000	458.300.000	498.700.000	553.300.000	585.500.000	604.000.000
Presupuesto ejecutado régimen salud	430.169.800	454.400.000	475.700.000	496.400.000	525.600.000	553.000.000
<i>en %</i>	97,80%	99,15%	95,39%	89,72%	89,77%	91,56%
Presupuesto gestionado a través de PNUD		568.556	2.274.222	2.274.222	0	461.491
<i>como % de presupuesto total aprobado</i>		0,12%	0,46%	0,41%	0,00%	0,08%
Cantidad de personas beneficiarias	1.582.587	1.621.180	1.645.191	1.683.050	1.709.396	1.747.969
Susidio per cápita	278	283	303	329	343	346

Fuente: Portal de la Transparencia / ISSS / Estados financieros / Estadísticas (verificar <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iss>)

b. ¿Cuál ha sido la evolución de la mora patronal?

A mayo 2018, la mora total en el pago de las cotizaciones al ISSS, ascendía a US\$ 78.783.511.

¹⁰ Ver: <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Hospital-Rosales-busca-destruir-farmacos-vencidos-20190614-0468.html>, <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Fiscalia-encuentra-medicina-vencida-en-bodegas-20170702-0032.html>, <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Dan-medicina-vencida-en-jornada-medica-de-Alcaldia-de-Intipuca-20190429-0405.html>, <http://www.archivoscp.net/2008-2012/index.php/sociedad/82-salud/2965-noticias-de-el-salvador-contrapunto>.

Cuadro 4: Mora patronal ISSS a mayo 2018 (en US\$)

Períodos	Empleadores	Cotización	Multas/ Recargos	Total mora
Mora histórica	26.187	11.194.969	19.087.485	30.282.454
Mora reciente	30.160	39.380.309	9.120.747	48.501.057
Total general	56.347	50.575.278	28.208.232	78.783.511

Fuente: Portal de la Transparencia / ISSS / Rendición de cuentas junio 2014 – mayo 2018 (Verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iss/iss/documents/rendicion-de-cuentas>)

El 61,6% (US\$ 48.501.057) corresponde a empleadores con mora reciente (2000- 2018) y el 38,4% (US\$ 30.282.454) restante corresponde a empleadores con mora histórica (1954-1999).

Como se puede observar, la mora histórica está constituida en sólo un 37% (US\$ 11.194.969) por cotizaciones no pagadas y en un 63% (US\$ 19.087.485) por multas y recargos que, en virtud de tratarse de una mora irrecuperable y prescrita, constituyen una ficción contable.

En el siguiente cuadro se entregan diversos datos que permiten caracterizar el comportamiento de la mora patronal durante el período de apoyo del PNUD. Si se observa la mora reciente sin recuperación (ficción a efectos demostrativos), se podrá apreciar el incremento explosivo que hubiera tenido la misma sin los avances realizados en la materia mediante el proyecto en asociación con el PNUD. Es así como a pesar de que se mantiene una tendencia al incremento de los montos de recuperación de mora, aún no se ha podido contenerla por completo, los montos recuperados han crecido significativamente en el período 2014-2018, mostrando la efectividad de la nueva política de mora del ISSS, la que por cierto aún debe ser mejorada y consolidada.

Cuadro 5: Evolución de la mora patronal ISSS 2014-2018 (en US\$)

	2014	2015	2016	2017	2018
Mora total	71.135.131	73.927.405	74.734.332	77.974.294	79.751.079
Mora reciente*	40.852.677	43.644.951	44.451.878	47.691.840	49.468.625
Incremento de mora		2.792.275	806.926	3.239.962	1.776.785
Monto recuperado	5.710.446	6.688.583	8.801.153	11.235.632	13.955.261
Mora reciente sin recuperación	46.563.123	50.333.534	53.253.031	58.927.471	63.423.886
* Se restan los US\$ 30.282.454 de la mora histórica que se considera irrecuperable.					

Fuente: Portal de la Transparencia / ISSS / Memorias de labores (Verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iss/iss/documents/memorias-de-labores>)

En el siguiente cuadro se realiza una proyección de la mora, tomando como supuestos un incremento anual de US\$ 2.153.987 que resulta del promedio observado en el período 2015-2018 y un monto recuperado que crece a un 25,1% anual, el que también resulta del promedio observado en el período 2015-2018. Como puede observarse, de mantenerse ambas tendencias actuales, al 2025 estaría controlado el problema de la mora reciente.

Cuadro 6: Proyección de la mora patronal ISSS 2019-2026 (en US\$)

	2019	2020	2021	2022	2024	2025	2026
Mora reciente	51.622.612	53.776.599	55.930.586	58.084.573	60.238.560	62.392.547	64.546.534
Incremento de mora (promedio 2015-2018)	2.153.987	2.153.987	2.153.987	2.153.987	2.153.987	2.153.987	2.153.987
Monto recuperado (crece en 25,1% cada año según promedio observado 2015-2018)	17.464.308	21.847.850	27.331.660	34.191.907	42.774.075	53.510.368	66.941.471
Mora reciente con recuperación	34.158.304	31.928.750	28.598.926	23.892.667	17.464.485	8.882.179	-2.394.936

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con lo manifestado por el ISSS en sus Memorias de Labores, así como en sus respuestas a las preguntas de la presente evaluación, las razones que explican la notoria mejora de la recuperación de la mora se pueden sistematizar de la siguiente manera:

- **Atención inmediata de la mora reciente**, a través de emisión automatizada de correos electrónicos a todos los empleadores activos, recordándoles la proximidad del vencimiento de la fecha de pago de la planilla, así como contacto personalizado por medio del Centro de Llamadas del ISSS a empleadores que no pagan su planilla en la fecha prevista.
- **Incorporación de la gestión prejudicial en el proceso de recuperación** ha permitido especializar diferentes etapas de la gestión de cobro administrativa, como ante sala del proceso de recuperación judicial. Se solicitó a la División de Desarrollo de TIC la mejora en la creación de convenios de pago en SAFISSS. La mejora en los procesos de recuperación y una redistribución de la cartera de empleadores morosos, ha permitido potenciar la recuperación de la mora reciente. La creación y contratación de 3 colaboradores jurídicos que conforman el área de Recuperación Prejudicial de la Mora, como apoyo a la gestión administrativa, ha fortalecido el Departamento de Recuperación Prejudicial para cumplir con las metas y ha permitido reestructurar de mejor forma la organización de dicha área. Al existir esta etapa del proceso como un intermedio entre la gestión de cobro administrativa y el cobro judicial, se ha logrado una efectividad de cobro del 55% de los casos recibidos del área administrativa.
- **El proyecto en asociación con el PNUD** ha facilitado la realización de diversos talleres de capacitación al personal sobre mecanismos y acciones para la recuperación de la mora. En el marco de la gestión, prevención y fiscalización del cumplimiento de los deberes y derechos provenientes de la Seguridad Social, se realizaron 2 talleres en coordinación y coparticipación del Ministerio de Hacienda, los cuales fueron financiados por el PNUD, según lo expresado literalmente y por escrito por el ISSS en respuesta a las preguntas de la evaluación. El Taller se denominó “Análisis interinstitucional de casos de alto riesgo de incumplimiento de obligaciones”, con el cual se ha logrado exponer y analizar casos con riesgos asociados a delitos en materia de obligaciones patronales, así como desarrollar buenas prácticas de procesos, y analizar oportunidades de mejora que podrían adoptarse por parte de ambas entidades para mejorar los resultados en este tipo de casos.
- **Política de prevención y recuperación de la mora en el pago de las cotizaciones a la seguridad social.** En abril de 2016 bajo acuerdo de Consejo Directivo fue aprobada la política de recuperación de mora, con los objetivos de: i) revertir la cultura de incumplimiento en el pago

a la seguridad social por parte de cierto sector de empresarios; ii) revertir la tendencia ascendente en el crecimiento anual de nuevos saldos en mora a través de medidas de prevención y de la atención temprana de la mora más reciente; y iii) optimizar los mecanismos de recuperación de la mora empresarial, a través de la mejora de procesos, el uso de medios tecnológicos y la colaboración interinstitucional con socios estratégicos.

- **Acciones relacionadas con la cultura de seguridad social**, mediante la conformación de un grupo coordinador y plan de trabajo para realizar jornadas y programa permanente de orientación y concientización de empleadores, cuyas labores iniciaron en febrero 2016. En julio 2016, se iniciaron las gestiones con la Unidad de Comunicaciones para la creación de la campaña de prevención de la mora. La creación en el mes de noviembre de 2017 de la Oficina de Asesoría Técnica en Seguridad Social (OATSS) para apoyar al Departamento de Recuperación Prejudicial. En dicha Oficina se brindan asesorías y capacitaciones sobre seguridad social a los empleadores, a fin de que tengan efectivo cumplimiento de sus obligaciones con la seguridad social.

c. ¿En qué medida la normativa vigente es favorable, neutral o adversa a la recuperación de la mora?

Se ha difundido una interpretación incorrecta del Reglamento de la Ley del ISSS (DL1263-1953), retomada en el Documento del Proyecto ISSS/PNUD, por la que el incumplimiento de los empleadores sería multado con sanciones que van apenas desde US\$ 1,14 hasta US\$ 57,14 (tomando en cuenta la conversión de Colones de aquel entonces a Dólares actuales). En efecto, se confunde aquí la multa por la falta de remisión de las planillas con los recargos por demoras en el pago de cotizaciones.¹¹

De acuerdo con lo respondido por el ISSS a esta pregunta de la evaluación, un obstáculo -para la recuperación de la mora- lo representaría la figura de la prescripción. Se menciona al respecto, que los Arts. 2.253¹² y 2.254¹³ del Código Civil son invocados por los litigantes buscando que las acciones civiles promovidas por el ISSS se declaren prescritas al transcurrir 10 años.

De acuerdo con estas disposiciones legales compartidas por el ISSS a la evaluación, toda la mora histórica y buena parte de la mora reciente (2000-2009) se encontraría prescrita.

11 D37-1954 Art. 49.- Para la recaudación de las cotizaciones patronales y obreras, el Instituto utilizará sistemas característicos, tales como: el de "Planilla Elaborada por el Patrono", "Planilla Pre-Elaborada con Facturación Directa", etc. Mediante el primer sistema de los indicados en el inciso anterior, la remisión de las planillas y el pago de las cotizaciones deberán ser hechas por el patrono dentro de los primeros ocho días hábiles del mes siguiente al que se refieren las planillas. Los patronos a quienes se aplique el segundo de los sistemas citados deberán remitir sus planillas dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente a que se refieren las planillas y deberán cancelar las cotizaciones dentro de los últimos ocho días hábiles de ese mismo mes. La falta de remisión de las planillas dentro de los plazos señalados por este Reglamento, hará incurrir al patrono responsable en una multa equivalente al 25% del monto de las cotizaciones sin perjuicio de que el Instituto pueda de oficio elaborarlas y facturar su monto. Esta multa no podrá ser inferior a ¢ 10.00 ni superior a ¢ 500.00. La demora en el pago de las cotizaciones hasta 15 días después de vencidos los plazos fijados por este Reglamento dará lugar a un recargo del 5% sobre el monto de la cotización mensual adeudada. Si la demora excediere de 15 días el recargo será del 10%.

12 Art. 2253.- La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que la acción o derecho ha nacido.

13 Art. 2254.- Este tiempo es en general de **diez años** para las acciones ejecutivas y de veinte para las ordinarias.

d. ¿En qué medida han disminuido los precios, ha mejorado la calidad y la oportunidad de entrega de medicamentos ARV?

Precios

En el PRODOC correspondiente a la fase II de este proyecto se afirma que con base en la experiencia de proyectos anteriores, se ha podido determinar que el ahorro en la adquisición de ARV es de aproximadamente 26% y en reactivos de 35%. No obstante, la inexistencia de un sistema de seguimiento longitudinal de precios antes y durante las intervenciones del PNUD no permite a la evaluación corroborar esta afirmación de modo fehaciente e independiente.

En la respuesta del ISSS a esta pregunta de la evaluación, se sostiene que a partir de que PNUD empezó a proveer medicamentos ARV genéricos, alrededor del 2015, los valores de compra disminuyeron grandemente y se han mantenido constantes a la fecha y en niveles similares a los precios que se obtienen a través de OPS, con algunas diferencias en los gastos indirectos (comisiones, fletes, seguros).

El ISSS reconoce explícitamente que *“sin el apoyo del PNUD, sería muy difícil para el Instituto tener acceso a los medicamentos ARV, ya que en el mercado local la oferta es muy poca y los costos sustancialmente más altos.”*

Oportunidad

En relación a la oportunidad se observa la creencia, difundida entre todos los subsistemas de salud que fueron entrevistados en el marco de esta evaluación, que la misma es sinónimo y consecuencia de rapidez. Así, una compra rápida aseguraría la oportunidad de la entrega. Una visión que contradice los principios de la compra pública en general y de la LACAP de El Salvador en particular y que solo pudiera ser válida para una muy pequeña empresa privada que busca comprar a demanda y que no es responsable por el manejo de fondos públicos.

A este respecto, el ISSS manifiesta que *“los procesos de adquisición son largos y pueden tomar varios meses desde la requisición inicial hasta su entrega en los almacenes, por lo que el ISSS trata de enviar entre los meses de mayo y junio las necesidades del siguiente año, con la intención de tener suficiente tiempo para recibir las cotizaciones, revisarlas, ajustarlas, aprobarlas y que el PNUD pueda emitir las órdenes de compra en tiempo para recibir los medicamentos en los primeros meses del siguiente año.”* Asimismo, manifiesta el ISSS que *“los procesos de compra PNUD, no son tan flexibles y al haber adecuaciones o cambios de las cantidades, los procedimientos de recotización y evaluación de las ofertas toman bastante tiempo lo que ha generado algunos retrasos en las entregas. Estos cambios o adecuaciones a lo inicialmente planificado proviene de modificaciones a las terapias realizadas por los médicos prescriptores que hace que existan cambios bruscos en los consumos y alteran las existencias y coberturas, obligándonos a ajustar lo inicialmente solicitado.”* Asimismo, señala el ISSS a la evaluación que *“a partir del 2017 y debido a algunos retrasos en las entregas que generaron desabastecimiento, el ISSS decidió dividir el riesgo y el 40% de la necesidad de estos medicamentos se gestiona a través de OPS y el restante 60% con el PNUD.”*

Los asuntos analizados en forma crítica por el ISSS son básicamente dos: i) duración de varios meses del procedimiento contractual; y ii) rigidez del procedimiento para introducir cambios en las

especificaciones técnicas tanto en calidad como cantidad. Ambos señalamientos muestran que se está lejos de una correcta interpretación y aplicación de la LACAP, la que exige procesos de nueve a doce meses con base en programación anual y dónde por cierto la modificación de las especificaciones técnicas no es posible a corto plazo, si es que es posible sin tener que reiniciar todo el procedimiento. Hay aquí un evidente problema de planificación que muestra que el ISSS no cuenta aún con las debidas capacidades a estos efectos, con independencia de que el indicador privilegiado para medir las mismas en el PRODOC haya sido la ejecución presupuestal. Aun teniendo una alta ejecución presupuestal, lo manifestado por el ISSS muestra que sus capacidades de planificación no son las suficientes para una correcta interpretación y aplicación de la LACAP. Una problemática que hemos observado en todas las instituciones asociadas al portafolio de salud del PNUD.

Una aplicación correcta de la LACAP con base en una programación anual implica que los tiempos de cada fase del procedimiento contractual, incluida por cierto la presentación de las necesidades para el siguiente año, deberán estar claramente prestablecidas, no dando lugar a incertidumbres respecto a cuántos meses puede durar el procedimiento completo, o bien cuánto debe durar cada fase y cuándo deben suceder las acciones que son responsabilidad de cada parte.

Queremos insistir desde esta evaluación que una exacta planificación de las compras es lo que permite que las mismas sean entregadas de modo oportuno, mientras que el reclamo de rapidez suele conspirar contra dicha oportunidad, pudiendo afectar también los niveles de precio y calidad de las compras. Es en este punto, el desarrollo y transferencia de capacidades de planificación y ejecución que permitan al ISSS gradualmente una aplicación correcta de los procedimientos contractuales previstos en la LACAP, dónde se encuentra el mayor potencial de aporte del PNUD en términos de impacto de desarrollo en el sector de salud, sin desmerecer la importancia y conveniencia de la modalidad de compras rápidas a nivel internacional, la que ha generado beneficios de precio y calidad para los asociados.

Finalmente, el ISSS anota, entre aspectos a mejorar, dos puntos de suma importancia, pero que a juicio de esta evaluación no mejorarán mientras ambas partes no se atengan a una correcta planificación y ejecución de los procedimientos contractuales:

- *“La comunicación sobre el estado de los procesos de adquisición y posteriormente de los tiempos de entrega, ya que nos vemos obligados a estar realizando constantes consultas para conocer las fechas reales con que contaremos con los productos en los almacenes.”*
- *“El seguimiento a los proveedores que no han cumplido con los tiempos de entrega, en particular con los Reactivos que se adquieren para las pruebas a pacientes con VIH, y pacientes del programa de Transplante Renal.”*

Calidad

El ISSS manifestó a la evaluación que *“los prescriptores se han mostrado satisfechos con la calidad de los medicamentos adquiridos a través de PNUD y solamente han solicitado en algunos medicamentos de segunda o tercera línea de tratamiento que se adquieran productos innovadores a pesar de contar con alternativas genéricas.”*

e. Revisión de la lógica de intervención:

- **¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado?**
- **¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué?**

El proyecto se ha implementado de acuerdo con lo establecido en su diseño original y de acuerdo con la documentación disponible para la evaluación no se han realizado revisiones sustantivas que hayan modificado el mismo.

f. ¿En qué medida la estrategia de alianzas brindó la necesaria articulación institucional?

De acuerdo con lo establecido en el documento del proyecto, una de las razones del ISSS para solicitar la asistencia al PNUD residió en su capacidad para facilitar alianzas interinstitucionales con entidades públicas y privadas relevantes para alcanzar el cumplimiento de leyes y normativas que contribuyan a garantizar una cotización puntual de patronos y trabajadores en sus obligaciones en materia de seguridad social, siendo en la práctica del proyecto la alianza con el Ministerio de Hacienda de alta relevancia a estos efectos, puesto que permitió cruzar información sobre las retenciones realizadas a los empleados y que no habían sido trasladadas oportunamente al ISSS.

g. ¿Cuál ha sido el valor agregado de la intervención PNUD?

Dadas las capacidades desarrolladas por el PNUD como receptor de subvenciones del Fondo Global, el ISSS consideró conveniente mantener la cooperación con el mismo, con el propósito de promover la generación de capacidades en el instituto para que sea el equipo de dicha institución el que realice las adquisiciones y contrataciones requeridas en un futuro cercano. En este punto, el potencial de valor agregado del PNUD todavía no se ha desplegado plenamente de modo que el ISSS pueda asumir las compras realizadas por el mismo con consiguientes beneficios en materia de precios y calidad, a través de una correcta aplicación de las normas contenidas en la LACAP.

7.3 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS (FOPROLYD)

1. MARCO NORMATIVO

Por Decreto Legislativo N° 416 de 1992 se creó el "Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado" (FOPROLYD) como institución de derecho público, con personalidad jurídica y autónoma y una vigencia de 50 años. FOPROLYD se relaciona con el Estado por medio del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS). El Fondo administra a través de las instituciones que considere convenientes, programas de prestaciones económicas, así como coordina y/o canaliza la concesión oportuna de prestaciones en especie y en servicios otorgadas por programas ejecutados a través de instituciones públicas de salud, instituciones privadas e instituciones extranjeras. Asimismo, realiza seguimiento de servicios y programas de rehabilitación e incorporación a la vida productiva que dichas instituciones proporcionen a sus personas beneficiarias y controla la vigencia de las prestaciones económicas.

La dirección y administración está a cargo de una Junta Directiva, un Gerente General, un Comité de Gestión Financiera y una Comisión Técnica Evaluadora. La Junta Directiva está integrada por un Presidente nombrado por el Presidente de la República y los siguientes representantes: uno por el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, uno por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, dos por las Asociaciones de Lisiados y Personas en Condición de Discapacidad que hayan servido en la Fuerza Armada de El Salvador, uno por el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada; dos por las Asociaciones de Lisiados y Personas en Condición de Discapacidad que hayan servido en el FMLN, y un representante por el MINSAL. La Junta Directiva puede sesionar y tomar acuerdos con la mitad más uno de sus miembros, y elige, suspende y remueve Gerente General con los votos de dos tercios de los miembros de la Junta Directiva.

Las personas beneficiarias son aquellas con lesión en condición de discapacidad como consecuencia directa del conflicto armado en el país, así como aquellos padres que perdieron sus hijos, y los menores e incapaces que perdieron sus padres por las mismas causas. Las prestaciones reconocidas por ley son económicas, en especie y en servicios.

Los fondos son provistos por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS) que financia el presupuesto de funcionamiento institucional (2% del presupuesto aprobado en 2017) y el Ministerio de Hacienda que financia las prestaciones a las personas beneficiarias (94,5%) y fondos propios provenientes de fondo rotativo para créditos a personas beneficiarias, reservas técnicas y otros (3,5%).

2. ESTRUCTURA DE ATENCIÓN

FOPROLYD cuenta con una oficina central en San Salvador y oficinas regionales en San Miguel y Chalatenango.

3. PROYECTO 00093487/00097726 "FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE FOPROLYD"

El proyecto 00093487/00097726 "Fortalecimiento Institucional de FOPROLYD" busca mejorar la gestión institucional de FOPROLYD para lograr mayor calidad en la atención de las personas

beneficiarias, a través de una identificación y clasificación de las necesidades particulares de las personas beneficiarias para una efectiva incorporación a la vida productiva.

El período del proyecto va del 15/02/2016 al 31/12/2019 y cuenta con un presupuesto de US\$ 3.001.640.

Los resultados que se trabajan son 4, los que se detallan a continuación.

Resultado 1: Mejora de calidad de atención, incluyendo: i) diagnóstico de la situación de personas beneficiarias, en términos de su condición social, económica y discapacidad; y ii) fortalecimiento de los procesos de gestión gerencial, incluyendo la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de la gestión realizada por FOPROLYD.

Resultado 2: Mejora de capacidades técnicas, a través de la capacitación del personal orientada a la naturaleza de su responsabilidad, enfoque de derechos y comunicación asertiva con las personas beneficiarias.

Resultado 3: Seguimiento de los beneficios recibidos por las personas atendidas.

Resultado 4. Adquisición de especies y componentes.

4. LÓGICA DE INTERVENCIÓN

A partir del 2010, FOPROLYD inicia un proceso de planificación estratégica para garantizar a la población beneficiaria el acceso a los servicios previstos en la ley, así como su entrega oportuna y de calidad. Aunque anteriormente se habían realizado avances relevantes, aún se tenían desafíos pendientes en materia de gestión institucional y atención a las personas beneficiarias.

El Plan de Desarrollo Quinquenal 2014-2019 en su línea estratégica E.5.3 “Avance en la garantía de los derechos de los grupos poblacionales prioritarios”, se incluye a las personas con discapacidad y personas lisiadas de guerra, apuntando a fortalecer y ampliar la atención integral para las personas con discapacidad (L.E.3.5), así como fortalecer la provisión de servicios y atención integral a las personas lisiadas de guerra (L.E.3.6).

En este contexto, la iniciativa de un proyecto FOPROLYD-PNUD busca abordar desafíos identificados en el proceso de reflexión estratégica al interior de la institución:

- Incorporación de las personas beneficiarias a la vida productiva, teniendo dificultades para identificar con qué personas se había logrado este objetivo;
- Carencia de un sistema de identificación de necesidades de las personas atendidas, lo que dificultada su seguimiento y la generación automatizada de información relevante: casos que requieren servicios de salud mental, atenciones brindadas de forma efectiva, estrategias utilizadas en la provisión de servicios y atenciones en rehabilitación física;
- Falta de medición de impactos;

- Debilidades en el manejo del enfoque de género y de derechos por parte de las personas empleadas en FOPROLYD.

5. MONITOREO

El proyecto se ejecuta bajo la modalidad de implementación NIM, siendo FOPROLYD responsable por los resultados del proyecto, incluido el seguimiento y evaluación de las intervenciones, el uso eficaz de los recursos y no menos importante en el marco de esta evaluación, por mantener la documentación del proyecto. Las prácticas de monitoreo que se establecen siguen el mismo mecanismo detallado en similar punto del estudio de caso correspondiente a MINSAL-PNTB.

6. AVANCES REPORTADOS

De acuerdo con los avances reportados, se ha alcanzado el Resultado 1.1: Mejora de calidad de atención: diagnóstico de la situación de personas beneficiarias, en términos de su condición social, económica y discapacidad. En abril de 2018 se aprueba el Plan de gestión para la habilitación y rehabilitación de las personas beneficiarias de FOPROLYD, fruto del diagnóstico realizado, que contiene: i) programa de gestión y seguimiento en salud a las personas beneficiarias de FOPROLYD; ii) programa de gestión y atención a las personas adultas mayores beneficiarias de FOPROLYD; iii) revisión del programa de gestión y atención en salud mental de FOPROLYD; y iv) programa de prevención, rehabilitación y resiliencia respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas en personas beneficiarias de FOPROLYD.

El Resultado 1.2 refiere al fortalecimiento de la gestión del FOPROLYD y de esta manera al resultado 1.1 de la teoría de cambio, a saber, el fortalecimiento de sus capacidades de planificación y ejecución, cuyo indicador es el incremento de la ejecución presupuestal durante el período de apoyo, sobre lo que damos respuesta más adelante en torno a la primera pregunta de la evaluación.

De acuerdo con la información puesta a disposición de la evaluación, también se viene cumpliendo de modo satisfactorio el Resultado 2 “Mejora de capacidades técnicas”.

Por último, se observa también el pleno cumplimiento de los resultados: 3 “Seguimiento de beneficios” en FOPROLYD y 4 “Adquisiciones” en FOPROLYD

7. ESTRATEGIA DE SALIDA

La estrategia de salida prevista en el PRODOC dice: *“El proyecto está diseñado para desarrollar en el Fondo y su personal las capacidades claves para dar continuidad en la mejora de los procesos de atención de sus beneficiarios, el tener un proyecto basado en derechos brinda la oportunidad de transferir la conceptualización del enfoque de desarrollo humano. El fortalecer las capacidades del equipo asignado para dar seguimiento a la compra de productos e insumos claves para el funcionamiento, permitirá disminuir los reprocesos, partes o insumos defectuosos que hasta el momento como institución que pudiesen tenerse o sucederse.”*

No se establecieron criterios o indicadores que permitan establecer con precisión el momento en que PNUD deba retirarse de la intervención. No obstante, se reitera que esta formulación conceptual ha permitido a la evaluación de modo ex post establecer con relativa precisión el momento de retiro de la intervención del PNUD.

Por último, cabe señalar que FOPROLYD manifestó a la evaluación en su revisión al borrador del estudio de caso correspondiente: “conveniente sería que PNUD se consolidara en apoyo de ayudas técnicas a nivel regional valorando consolidar proveedores que faciliten tecnificación de estas.”

8. PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

En consonancia con el resultado 1.1 de la Teoría de Cambio que orienta los esfuerzos del PNUD en su portafolio en salud (*Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local*), el primer indicador refiere a la evolución de la ejecución presupuestal del FOPROLYD durante el período de apoyo. No se estableció línea base de partida, y tampoco meta a alcanzar.

El segundo indicador refiere al porcentaje de la población meta recibiendo beneficios de la institución, con desagregación por género, conforme al diagnóstico de necesidades. No se estableció línea base de partida. La meta a alcanzar se estableció como “al menos un 90% de la población meta recibe los beneficios prestados por la institución conforme al diagnóstico de necesidades.”

Asimismo, un tercer indicador refiere al porcentaje de incremento en la inversión promedio de prestaciones por persona beneficiaria. No se estableció línea base de partida. La meta a alcanzar se estableció en al menos 15% de incremento en la inversión promedio de prestaciones por persona beneficiaria.

Con base en estos tres indicadores principales del proyecto, se formulan y responden a continuación las siguientes tres preguntas de la evaluación.

a. ¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal de FOPROLYD durante el período de apoyo?

De acuerdo con lo que se presenta en el siguiente cuadro sobre la evolución de la ejecución presupuestal del FOPROLYD en el período 2014-2018, la misma se ha mantenido por encima de un 99%, lo que puede considerarse como óptimo. El presupuesto a gestionar a través del proyecto con PNUD representa según los años entre un 1,3% y un 1,5% del presupuesto aprobado.

Cuadro 7: Evolución de la ejecución presupuestal FOPROLYD 2014-2018 (en US\$)

	2014	2015	2016	2017	2018
presupuesto aprobado	41.319.091,9	48.070.083,5	48.513.265,0	51.423.837,6	58.445.826,0
presupuesto ejecutado	41.370.972,6	48.084.402,1	48.477.236,9	51.341.680,4	58.409.181,1
<i>como % de presupuesto aprobado</i>	100,13%	100,03%	99,93%	99,84%	99,94%
presupuesto a ejecutar a través de proyecto PNUD			652.209,6	782.651,5	782.651,5
<i>como % de presupuesto aprobado</i>			1,3%	1,5%	1,3%

Fuente: Portal de la Transparencia / FOPROLYD / Estados financieros, Presupuestos y Estadísticas (verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/foprolyd>)

b. ¿Qué porcentaje de la población meta con desagregación por género, recibe los beneficios prestados por FOPROLYD conforme al diagnóstico de necesidades?

FOPROLYD a través de su modalidad de atención por demanda llega al 100% de la población meta, variando por cierto la cantidad de personas beneficiarias cada año, puesto que la misma se conforma según las estadísticas de demandas efectivamente atendidas. En el siguiente cuadro se puede observar la cantidad de personas beneficiarias y su desagregación por género para el período 2014-2018.

Cuadro 8: Evolución de la población beneficiada 2014-2018, con desagregación por género

	2014	2015	2016	2017	2018
personas beneficiarias	21.228	21.118	23.624	21.816	s/d
<i>hombres</i>	16.651	16.496	18.283	16.732	s/d
en %	78,4%	78,1%	77,4%	76,7%	
<i>mujeres</i>	4.577	4.622	5.341	5.084	s/d
en %	21,6%	21,9%	22,6%	23,3%	

Fuente: Portal de la Transparencia / FOPROLYD / Estados financieros, Presupuestos y Estadísticas (verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/foprolyd>)

c. ¿En qué medida se ha incrementado la inversión promedio en prestaciones por persona beneficiaria?

El documento de proyecto establece la relevancia de este indicador solamente para la entrega de ayudas técnicas. De acuerdo con datos contenidos en el Informe Anual 2018 se observa un aumento paulatino de este tipo de inversión, que en trienio de referencia alcanza a un 102%, 2016: US\$ 72,06; 2017: US\$ 100,4; y 2018: US\$ 145,88. Asimismo, se ha logrado que la inversión en ayudas técnicas tenga: i) mayor vida útil por mejor calidad; ii) mejor registro, ampliando los controles del SIABES; y iii) ampliación de su dispensarización de conformidad con la normativa.

Asimismo y con independencia de lo establecido en el documento del proyecto respecto de esta pregunta, importa también conocer - a los efectos de la homogeneidad de criterios en la evaluación del portafolio de salud del PNUD – los parámetros de subsidio per cápita con que FOPROLYD atiende a la población beneficiaria.

El siguiente cuadro nos informa sobre el monto y evolución del subsidio per cápita en FOPROLYD para el período 2014-2018, tanto considerando la totalidad de las prestaciones o solamente las vinculadas con la salud de las personas beneficiarias.

Cuadro 9: Evolución del subsidio per cápita en FOPROLYD 2014-2018 (en US\$)

	2014	2015	2016	2017	2018
presupuesto aprobado	41.319.091,9	48.070.083,5	48.513.265,0	51.423.837,6	58.445.826,0
presupuesto ejecutado en bienes y servicios de salud		778.515,7	1.738.941,3	1.405.253,9	
personas beneficiarias	21.228	21.118	23.624	21.816	s/d
subsidio per cápita (todas las prestaciones)	1.946,4	2.276,3	2.053,6	2.357,2	s/d
subsidio per cápita en salud		36,9	73,6	64,4	s/d

Fuente: Portal de la Transparencia / FOPROLYD / Estados financieros, Presupuestos y Estadísticas (verificar: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/foprolyd>)

d. Satisfacción de usuarios

Siguientes preguntas de la evaluación guardan relación con la satisfacción de las personas beneficiarias respecto de la adecuada atención de sus demandas. De acuerdo con los avances registrados en el Resultado 3: “Seguimiento de los beneficios recibidos por las personas atendidas”, FOPROLYD cuenta desde el año 2016 con una encuesta anual a sus personas beneficiarias que indaga sobre niveles de satisfacción respecto de las prestaciones del Laboratorio de Prótesis (LABPRO), así como del Departamento de Atención y Orientación (DAYOR). En el siguiente cuadro se presenta la evolución de las variables de esta encuesta para el período 2016-2018, la que al año 2018 está alcanzando niveles superiores al 90% en las variables indagadas.

Cuadro 10: Resultado de encuestas de satisfacción FOPROLYD 2016-2018

PERCEPCIÓN LABPRO	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
Funcionalidad de la ayuda orto protésica	73%	90%	99%
Satisfacción en el uso de materiales	83%	89%	*
Satisfacción General	93%	93%	96%
PERCEPCIÓN DAYOR	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
Satisfacción por resolución en la atención	95.8%	83%	93%
Opinión satisfactoria de la atención recibida	98%	90%	93%

Fuente: Informe anual 2018 Proyecto FOPROLYD/PNUD

Recientemente, en mayo 2019, FOPROLYD realizó una nueva encuesta de satisfacción de personas beneficiarias con un mayor grado de alcance. Como muestra se tomó a 1.300 personas usuarias (personas beneficiarias, solicitantes y familiares) que corresponde aproximadamente al 20% de la atención mensual recibida en la Oficina Central, de las cuales un 77% eran hombres y un 23% mujeres, vale decir, coincidente con la distribución del universo por género.

En relación con las instalaciones del FOPROLYD, un 85% de las personas entrevistadas manifestó que son suficientemente amplias, un 94% las percibe como limpias y ordenadas, un 87% manifestó sentirse cómodo en la sala de espera, un 92,8% percibe como adecuada la iluminación en el área de atención, un 97% considera agradable la temperatura en la sala de atención, un 74% considera que es ruidosa la sala de atención (pregunta afectada por una concentración inusual de público en los días de la encuesta) y un 67% manifiesta que el refrigerio entregado es adecuado.

En cuanto a actitud, calidez y calidad del servicio, la opinión positiva es en promedio de un 92%.

El tiempo de respuesta a los trámites es considerado por el 76% de los usuarios como normal a rápido, y el 24% restante considera que el tiempo de respuesta es lento o muy lento.

h. Revisión de la lógica de intervención:

- ¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado?
- ¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué?

De acuerdo con la información disponible para la evaluación, se observa que el proyecto ha sido implementado y ejecutado en un todo de acuerdo con su diseño incluido en el documento del proyecto, no existiendo revisiones sustantivas que hayan modificado la lógica de intervención inicial, tanto ésta como los resultados esperados se han cumplido plenamente.

i. ¿En qué medida la estrategia de alianzas brindó la necesaria articulación institucional?

Dada la fuerte articulación institucional que vía ley se encuentra asegurada en la Junta Directiva del FOPROLYD (representantes del ISRI, MINSAL, MTPS, organizaciones que nuclean a las personas usuarias, IPSFA), así como en su Comité de Gestión Financiera (representantes del Banco Central, MRREE, y organizaciones que nuclean a las personas usuarias), de por sí el marco legal del FOPROLYD brinda la necesaria articulación institucional para un efectivo funcionamiento del mismo.

j. ¿Cuál ha sido el valor agregado de la intervención PNUD?

El valor agregado de la intervención se ha dado al igual que en los dos proyectos analizados anteriormente a través de su enfoque de gestión con positivos aprendizajes en materia de planificación y presupuestación para alcanzar metas.

7.4 LA ADECUACIÓN DE LA TEORÍA DE CAMBIO

En este apartado se presentan, a la luz de los hallazgos presentados respecto de cada uno de los proyectos en los apartados anteriores y en el Anexo 1 respecto de la estructura de gestión del sistema de salud en su conjunto, los hallazgos de la evaluación respecto de la adecuación de la Teoría de Cambio y la medida en que ésta es congruente con las prioridades nacionales de desarrollo del país, los productos y efectos del Programa del PNUD, las prioridades corporativas del PNUD y la contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La exposición de los hallazgos respecto de la adecuación de la Teoría de Cambio, se presentan estructurados con base a sus componentes desde abajo y hacia arriba, buscando el impacto de la misma como pudo observarse en la figura correspondiente incluida en el Anexo 10, **página 146**.

7.4.1 BARRERAS

- a. *“Debilidades político-gerenciales (rectoría y gobernanza) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”*. El análisis técnico-normativo del sistema de salud salvadoreño que se presenta en el Anexo 1 confirma la vigencia y primera relevancia de esta barrera. Se recomienda moderar el uso de la sigla SNS, que hoy cambiaría en la nueva legislación por SNIS y que en cualquier caso continuaría siendo una entelequia, vale decir una situación ideal a alcanzar, pero sin concreción en la práctica por el momento.
- b. *“Fragmentación de las redes de atención”*. Asimismo, en Anexo 1 se confirma la vigencia de esta barrera y se explica su origen en la normativa vigente fruto de pugnas corporativas a lo largo de los últimos 20 años.
- c. *“Sub financiación pública del SNS, la inequidad del financiamiento de la salud por niveles de atención”*. El análisis realizado en el marco de esta evaluación, si bien no refuta una situación de sub financiamiento de la salud pública, sí concluye en que la misma es prioritariamente resultado de un conjunto de factores que conducen a una importante pérdida de recursos al interior de la gestión del sistema que reduce, a su vez, la cantidad y calidad de los servicios entregados a la población. En todo caso, incrementar los niveles de financiamiento del sistema de salud pública no garantiza en las actuales circunstancias que la mayor inversión se traduzca en mejoras de calidad o cobertura y acceso para la población.

Este análisis tuvo en cuenta: i) los indicadores de financiamiento de la salud en El Salvador contenidos en el Anexo 2, dónde se demuestra que en un abanico de países seleccionados a efectos comparativos, dichos indicadores no son bajos sino que se encuentran a mitad de tabla en todos los casos; ii) la disparidad de subsidios per cápita a favor de los diversos subsistemas autónomos (seguros públicos) y en perjuicio del sistema MINSAL, a lo que se agrega la superposición de subsidios cruzados que se genera por la concurrencia de parte de la población asegurada a los servicios del MINSAL; iii) la extrema fragmentación de compras de medicamentos que genera altos precios de compra, baja calidad o calidad no verificada, falta de oportunidad en la entrega y falta de garantía para la reposición de stocks vencidos o a vencerse; y iv) la falta de un sistema de información integrado, lo que retroalimenta las deficiencias en las compras por la inexistencia de precios de referencia basados en un registro longitudinal o histórico de los mismos, y que también retroalimenta la proliferación de subsidios

cruzados en perjuicio del sistema MINSAL por no contarse con expedientes únicos por usuario de la salud numerados por DUI. En general, el sistema de salud se caracteriza por su alta opacidad, la que probablemente esté escondiendo otras importantes fugas de recursos.

Asimismo, sorprende que el enunciado mencione la inequidad del financiamiento de la salud por niveles de atención, una afirmación cuya evidencia no ha podido ser identificada por la evaluación. Por el contrario, la Memoria de Labores 2018 del MINSAL muestra que este no sería el caso al menos en este sistema, dónde el presupuesto se distribuye en 39% para el primer nivel, 34% para el segundo nivel, 17% para el tercer nivel y 10% de funcionamiento que incluye los programas especiales como VIH, TB, farmacias especializadas y compra conjunta de medicamentos y vacunas. Por cierto, un análisis con mayor grado de detalle podría identificar rubros presupuestarios que deberían ser revisados para una mayor equidad por nivel de atención, pero no parece un problema de la gravedad con que se menciona en la Teoría de Cambio. Más bien, las inequidades graves residen en que: i) un 16,6% de los hogares no tienen acceso a servicios de salud; ii) la disparidad de los subsidios per cápita en perjuicio del grueso de la población que se atiende a través del MINSAL; y iii) la inequitativa distribución de los seguros públicos que se concentran en los quintiles superiores de ingresos.

- d. *“Persistencia de brechas de personal de salud”*. La evaluación no ha analizado vigencia y relevancia de esta barrera.
- e. *“Desfases en cantidad y calidad en la formación profesional en salud”*. La evaluación no ha analizado vigencia y relevancia de esta barrera.

7.4.2 CONSIDERANDOS

“Lograr los objetivos de desarrollo depende, entre otros, de las capacidades de las organizaciones para transformarse. Dicha transformación requiere de procesos de desarrollo de capacidades para fortalecer y sostener sus capacidades para la entrega de servicios a la población. Hacer más eficiente la inversión en salud, requiere contar con la entrega confiable, oportuna de productos de alta calidad y de excelente relación calidad-precio. También requiere fortalecer la cadena de abastecimiento.” La evaluación confirma plenamente la vigencia de estos considerandos, y muy especialmente en torno a la problemática de medicamentos, aunque no exclusivamente. La alta vigencia de este considerando alienta las recomendaciones de la evaluación referidas a la mejora de los procesos de adquisición pública en el sistema de salud salvadoreño.

7.4.3 ESTRATEGIAS

Equipamiento y compra de insumos y medicamentos

El análisis de hallazgos de la evaluación en los apartados anteriores confirma la vigencia y alta relevancia de esta estrategia, especialmente la compra de medicamentos, para mejorar la calidad de la atención en salud. Esta estrategia es adecuada porque refiere a uno de los problemas más urgentes y concretos del sistema de salud salvadoreño, vale decir, lo inadecuado de sus procesos de compra que se encuentran altamente fragmentados y básicamente se realizan mediante compras rápidas (60 días) y que tiene una estrecha vinculación con los otros dos problemas también urgentes y concretos que se han identificado, vale decir, la opacidad del sistema que en buena medida – aunque no exclusivamente - es producto de la inexistencia de un sistema de información

integrado, así como la existencia de subsidios cruzados. El principal vacío identificado en relación a esta estrategia refiere a la necesidad de cumplir con lo establecido en las estrategias de salida de los proyectos respecto de los procesos de compra, para cuyo logro se requiere avanzar hacia la planificación de procedimientos de adquisición apegados a las normas de la LACAP, a fin de generar las capacidades en las instituciones asociadas para comprar con precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y cláusulas de reposición de stocks vencidos o a vencerse. De acuerdo con el mandato del PNUD que le habilita para trabajar por dentro de la gestión pública, complementando esfuerzos con aportes de financiamiento puntuales y por ende buscando la resolución de problemas concretos mediante fortalecimiento institucional, la estrategia no solo se mantiene vigente y relevante, sino que además goza de mucho sentido dentro de las capacidades que puede desplegar el PNUD para el logro de impactos de desarrollo, en este caso el incremento de la calidad de la salud pública.

Fortalecimiento institucional

De acuerdo con lo analizado en los apartados anteriores y particularmente en los hallazgos de la evaluación, el fortalecimiento institucional mantiene su vigencia y relevancia, complementando la anterior estrategia de equipamiento y compra de insumos y medicamentos, pero las estrategias particulares deben ser actualizadas según las consideraciones siguientes.

Una estrategia diferenciada de atención municipal siempre es deseable en el marco de una descentralización orientada a lograr mayor cobertura y acceso a nivel local, pero no se observa que la misma haya sido relevante en el actual portafolio de salud del PNUD, y tampoco parece factible y recomendable en el estado actual de la estructura de gestión del sistema de salud que se expone en el Anexo 1. En efecto, un proceso de descentralización seguro y responsable exige como mínimo una alta fortaleza en los sistemas de información y control, pero en general también en la existencia de una estructura de gestión única, integral y con funciones establecidas para cada actor involucrado en cada nivel de gobernanza y sistema de gestión. Vale decir, una estructura de gestión sin vacíos y sin contradicciones de funciones. Un objetivo que aún se está lejos de alcanzar y para cuyo logro aún es necesario desarrollar un sistema integrado de información, un sistema de normalización con rectoría exclusiva por parte del MINSAL, un sistema de planificación que incluya la presupuestación con base en metas para alcanzar el futuro, un sistema de articulación efectivo y liderado por el MINSAL, un sistema de administración en completa armonía con las normas de la LACAP, un sistema de financiamiento inteligente que utilice diversos mecanismos de asignación de recursos en forma eficiente, efectiva y transparente e impida la existencia de subsidios cruzados, un sistema de supervisión liderado por el MINSAL que actúe en cascada sobre los diversos niveles de gobernanza, un sistema de monitoreo en condiciones de verificar el cumplimiento de metas que emanen de la planificación y presupuestación y sistemas de evaluación de resultados e impactos que retroalimenten la gestión de todo el sistema. No es momento entonces de poder proceder con seguridad y responsabilidad a la descentralización de acciones que generen estrategias diferenciadas de atención municipal.

El mecanismo de recuperación de mora tiene una inserción circunstancial en la Teoría de Cambio por efecto de los resultados que se esperaban en el proyecto en asociación con el ISSS y éstos han sido alcanzados, por lo que actualmente carece de vigencia como estrategia.

La estrategia referida a la capacitación de personal mantiene su vigencia y relevancia, y deberá estar siempre presente como parte de las estrategias de fortalecimiento institucional, tanto en gestión

como en aplicación de los enfoques de derecho y género, imprescindibles para lograr una mayor equidad en las prestaciones del sistema de salud en su conjunto.

Se mantiene y se incrementa la vigencia y relevancia de la estrategia referida a sistemas de información y seguimiento, éste último entendido como la suma de los sistemas de supervisión, monitoreo y control de acuerdo con el enfoque de *“Gestión pública por niveles y sistemas de gobernanza”* compartido por la evaluación y presentado en el Anexo 1.

De modo que algunas estrategias deberán salir de la Teoría de Cambio, porque tal como se ha explicado tenían pertinencia y relevancia asociada a acciones específicas en algunos de los proyectos de la cartera y se han logrado de modo pleno y deberán ser sustituidas por nuevas y equivalente acciones en los proyectos por venir.

En todo caso, será importante considerar como estrategia el fortalecimiento del sistema de financiamiento de la salud pública para lograr mecanismos inteligentes y de mayor precisión para la efectiva, eficiente y transparente financiación de las prestaciones y sus instituciones, eliminando entre otras distorsiones actuales, la existencia de subsidios cruzados.

En definitiva, los tres problemas urgentes y relevantes del sistema de salud salvadoreño, fragmentación de compras de medicamentos, subsidios cruzados y opacidad del sistema por la inexistencia de un sistema de información integrado, deberán estar presentes de un modo decisivo como estrategias de la Teoría de Cambio.

En el encadenamiento hacia arriba de la Teoría de Cambio, sus resultados, su prioridad nacional y su impacto mantienen plena vigencia y relevancia y a ellos deben contribuir los cambios presentados para su actualización y fortalecimiento de efectos, teniendo muy en cuenta que este conjunto de estrategias impactará en mayor cobertura y acceso universales, así como en una mayor calidad de los servicios prestados, siempre y cuando el futuro portafolio de salud del PNUD se concentre en el sistema MINSAL que es dónde se encuentran actualmente los déficits en estos tres aspectos centrales del Efecto 1 buscado en la Teoría de Cambio, no así en los seguros públicos que han alcanzado sus respectivas coberturas universales o se encuentran muy próximos a lograrla, han mejorado significativamente el acceso a sus prestaciones y mantienen un mayor nivel de calidad en sus prestaciones, aunque por cierto siempre mejorables, debido a sus muy superiores subsidios per cápita.

8. CONCLUSIONES

8.1 PERTINENCIA

El análisis en la dimensión de pertinencia refiere a la adecuación de la Teoría de Cambio, y en primer lugar respecto de si su diagnóstico de partida resultó acertado y apropiado. En este sentido, puede concluirse que: i) las barreras diagnosticadas en el punto de partida resultan vigentes y relevantes, con una necesidad de mayor precisión respecto de la “subfinanciación pública del SNS”; pero también que ii) tres barreras de alta relevancia y vigencia no fueron consideradas.

En efecto, en primer lugar, se confirman la vigencia y relevancia de las barreras “*Debilidades político-gerenciales (rectoría y gobernanza) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*”, “*Fragmentación de las redes de atención*”, así como “*Persistencia de brechas de personal de salud*” y “*Desfases en cantidad y calidad en la formación profesional en salud*”. Las dos últimas, si bien no fueron analizadas por la evaluación, tanto en el intercambio con referentes nacionales e internacionales, así como en la documentación consultada, particularmente vinculada con los desafíos que se propone superar el MINSAL, surgen también como vigentes y relevantes.

Algo diferente es la situación de la barrera: “*Sub financiación pública del SNS, la inequidad del financiamiento de la salud por niveles de atención*”, la que requiere de una reinterpretación. De acuerdo con los hallazgos presentados en el capítulo anterior, se concluye en que la misma es prioritariamente resultado de un conjunto de factores que conducen a una importante pérdida de recursos al interior de la gestión del sistema que reduce, a su vez, la cantidad y calidad de los servicios entregados a la población. En todo caso, incrementar los niveles de financiamiento del sistema de salud pública no garantizará en las actuales circunstancias que la mayor inversión se traduzca en mejoras de calidad o cobertura y acceso para la población. Para ello deben ser solucionados primero tres problemas que frenan la eficiencia del sistema y por ende el logro de mayor cobertura, facilidad de acceso y calidad de los servicios de salud: i) la fragmentación de compras y su escasa adecuación a la programación anual establecida en la LACAP; ii) la existencia de subsidios cruzados en detrimento del presupuesto MINSAL; y iii) la opacidad de la gestión del sistema de salud resultante de la inexistencia de un sistema de información integrado.

Estas son tres barreras que no fueron diagnosticadas en el punto de partida de la Teoría de Cambio y que están frenando el alcance de sus efectos. Estas barreras deberán ser incorporadas a la Teoría de Cambio a fin de dotarla de mayor pertinencia respecto de la problemática actual del sistema de salud salvadoreño.

Por la misma razón, las estrategias definidas en la Teoría de Cambio adolecen de falta de pertinencia y es imprescindible la presencia en el futuro de nuevas que conduzcan a superar estas tres barreras.

Asimismo, se observa una estrategia específica que refería a la lógica de intervención del proyecto con ISSS, las que se ha logrado plenamente y deberá salir en el futuro de la Teoría de Cambio: mecanismo de recuperación de mora. Asimismo, según lo expresado en los hallazgos presentados en el capítulo anterior, una estrategia diferenciada de atención municipal, si bien siempre deseable en un sistema con eficaz descentralización que permita llegar a las poblaciones más excluidas, de momento es al menos cuestionable porque la estructura de gestión del sistema de salud no cuenta

con las fortalezas necesarias para que la misma sea posible bajo adecuadas condiciones de información, rectoría, supervisión y control.

Se mantienen con plena vigencia las estrategias referidas a equipos, compra de insumos y medicamentos, sistemas de información y seguimiento, y capacitación del personal.

Ahora bien, en relación con los efectos esperados de los resultados de los proyectos sobre los efectos esperados en la Teoría de Cambio es dónde se encuentra la mayor carencia en materia de pertinencia. En efecto, la concentración del portafolio de salud del PNUD en seguros públicos que han logrado alcanzar sus respectivas coberturas, cuentan con mayor nivel de acceso para sus afiliados y con muy mayores niveles de subsidio per cápita para financiar una mayor calidad, situación que relativamente también es compartida por el PNTB del MINSAL, conduce a que sean sumamente limitadas sus posibles incidencias para el logro del Efecto 1 de la Teoría de Cambio, vale decir, mayor cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud. Resulta imperiosa, a partir de lo aprendido y acumulado en experiencia con los seguros públicos y el PNTB, una reconcentración del portafolio de salud del PNUD dentro de la estructura del MINSAL para la atención del 78% de la población que depende del mismo y que es dónde se podrán lograr los mayores efectos de ampliación de cobertura, incremento del nivel de acceso y mejora de la calidad de las prestaciones.

8.2 EFICIENCIA

Tal como puede observarse en los hallazgos presentados en el capítulo anterior y en particular en los apartados sobre la lógica de intervención de cada uno de los proyectos, existe abundante evidencia que el portafolio de salud se ha implementado de acuerdo con lo establecido en sus diseños contenidos en los correspondientes documentos de proyectos y que las revisiones sustantivas realizadas no han afectado dicha lógica, porque no se han enfrentado problemas de magnitud tal que las pusieran en cuestión.

En uno de los planos de esta consistencia entre diseño y ejecución, o sea meramente cuantitativo en cuanto a la ejecución de los recursos, el cuadro “Resumen de proyectos según lo presentado en los TDR de la evaluación” incluido en las páginas iniciales de este documento, pueden observarse los montos planificados y ejecutados y cómo de acuerdo a los períodos de proyecto también allí presentados, la ejecución presupuestal se viene logrando de acuerdo a lo planificado, siendo claramente evidente en el caso de los proyectos concluidos. También los cuadros de avance reportados incluidos en el capítulo de hallazgos, brindan información al respecto.

Mención aparte merece el caso del proyecto con MINSAL-PNTB, dónde el incremento explosivo de la tasa de incidencia de tuberculosis en la población privada de libertad en los diversos centros penales del país, motivaron tomar este indicador como principal para la segunda fase del proyecto, luego de la Revisión Sustantiva 1. No obstante, vale lo expresado, las revisiones realizadas no modificaron las lógicas de intervención, vale decir, sus justificaciones y los problemas a enfrentar, como así tampoco sus objetivos.

En general, como se ha mencionado, se observa en las distintas instituciones de salud la inexistencia de sistemas longitudinales de registro de precios históricos que permitan responder fehacientemente a preguntas sobre evolución de precios unitarios por servicios prestados, bienes adquiridos y especialmente medicamentos. La falta de un sistema de información integrado en el

sistema de salud salvadoreño que contenga también registro de precios históricos - junto a la fragmentación de compras y la superposición de subsidios per cápita - es uno de sus tres principales problemas concretos que más obstaculizan el logro de una gestión unitaria e integral del mismo, de acuerdo con las investigaciones complementarias realizadas por la evaluación y detalladas en los anexos 1 y 2, y a su vez confirmadas en las entrevistas en profundidad con diversos operadores y referentes en salud, dentro y fuera del portafolio de salud del PNUD.

No obstante, las entrevistas realizadas a los representantes de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD muestran una opinión ampliamente compartida en materia de precios de bienes adquiridos a través de PNUD, particularmente medicamentos. Todos coincidieron en que los precios de los bienes han seguido dos grandes fases: i) una fuerte disminución de precios entre el antes y el después de la intervención del PNUD; y ii) una evolución constante luego de la misma.

Pero aun así y más allá de los objetivos inmediatos de esta evaluación, la falta de información exacta sobre precios de referencia a consecuencia de la inexistencia de un sistema longitudinal de precios históricos permanece como preocupación, puesto que no se cuenta con un adecuado sistema de precios de referencia a la hora de implementar nuevos procedimientos contractuales. Esta carencia de información confiable de precios de referencia, unida a la fuerte fragmentación de compra de medicamentos que se observa en el sistema de salud, dónde existen 8 instancias estatales comprando medicamentos y con fragmentación de compras aún dentro de las mismas, contraviniendo las normas de la LACAP, impide aplicar la programación anual de compras allí establecida a fin de adquirir medicamentos con garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse. Estas cuatro dimensiones: precio, calidad, oportunidad y vencimiento de medicamentos en stock están presentes de modo permanente en la prensa del país, dónde se acumulan noticias sobre inadecuados manejos en la compra de medicamentos y otros insumos médicos.

En virtud de la modalidad misma de intervención del PNUD en los tres proyectos analizados, dónde se gestionan compras con recursos públicos y se agregan montos marginales para complementar las mismas con adecuados apoyos para el fortalecimiento de la gestión en las instituciones seleccionadas, se observa que la relación costo-beneficio debe haber sido especialmente alta en el caso de las compras internacionales en virtud de las reducciones de costos señaladas por todos los entrevistados. PNUD ha posibilitado comprar a nivel internacional, logrando menores precios y mejor calidad. Especialmente en la compra de medicamentos, PNUD ha ampliado las posibilidades de adquisición poniendo presión competitiva en el mercado nacional de medicamentos.

Permanece, sin embargo, la dificultad de verificar y cuantificar esta positiva relación costo-beneficio que se supone se ha generado en cada uno de los proyectos asociados al portafolio de salud del PNUD.

Tal como puede observarse en las consideraciones incluidas sobre monitoreo en los estudios de casos que se presentan en el Anexo 3, las prácticas de monitoreo del PNUD han sido efectivas para mejorar la práctica de gestión de los proyectos, generando aprendizajes compartidos con los operadores. Esto se ha dado, recalcamos, por las iniciativas que han partido desde el PNUD. Sin embargo, esto no quiere decir que el sistema de monitoreo bajo plena responsabilidad de las instituciones seleccionadas, tal como lo establece la modalidad de gestión NIM, haya sido correcta en todos sus aspectos. En este sentido, cabe señalar que se ha observado una deficiente custodia de los documentos relevantes de la historia de los proyectos, debiendo esta evaluación avanzar en

buena medida con base en documentación suministrada por el PNUD y no por los verdaderos responsables de la misma.

Si bien esta carencia no ha afectado mayormente el trabajo de la evaluación, por contar con el apoyo en documentación por parte del PNUD, sí abre una interrogante respecto de la capacidad de aprendizaje de los gestores del proyecto, especialmente a la hora de extraer lecciones aprendidas o bien de sistematizar buenas prácticas, las que en los informes anuales que han confeccionado suelen estar ausentes o bien referirse a aspectos sumamente coyunturales o circunstanciales o de menor relevancia, extrañándose la extracción de aprendizajes de mayor alcance que reflejen una comprensión y análisis de toda la historia de los proyectos o bien la sistematización de buenas prácticas que puedan ser de relevancia para similares proyectos en otros contextos.

La delegación de la responsabilidad del monitoreo a las instituciones asociadas no es una ventaja de la modalidad de gestión NIM en proyectos con instituciones que aún no cuentan con una estructura de gestión fortalecida. El hecho que la institución ejecutora (o beneficiaria de la intervención) es la misma que provee los recursos es una limitante para rendir cuentas sobre la ejecución de su propio financiamiento. Complementar estos esfuerzos con una contratación específica y especializada en desarrollo, implementación y actualización de sistemas de indicadores de monitoreo por proyecto, en un trabajo compartido con los equipos de contraparte, será un complemento que permita profundizar las inversiones en materia de fortalecimiento de la gestión, generando mayores aprendizajes y más permanentes en materia de monitoreo al interior de las instituciones asociadas en los proyectos del PNUD.

8.3 EFECTIVIDAD

El fortalecimiento de las capacidades de planificación y ejecución de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud ha estado presente de manera protagónica en el diseño de los proyectos acordados con las mismas. El PNUD ha contribuido a que dichas instituciones, como responsables en la coordinación de los proyectos, realicen avances hacia el Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio¹⁴, atendiendo a problemas específicos en cada caso. Cabe señalar en este contexto, que los aportes aquí señalados de parte del PNUD deben entenderse como logros en interacción con sus asociados, quienes fueron responsables por la coordinación y ejecución de los proyectos y por ende sus logros son solo adjudicables a los proyectos en asociación con PNUD, lo que no quiere decir que sean logros exclusivos del PNUD que se puedan separar o delimitar de esta asociatividad, por cierto, con la salvedad de los procesos de compras realizados por la oficina de PNUD en El Salvador.

El **MINSAL** ha fortalecido las capacidades del **PNTB** en la ejecución de sus programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público, mediante el fortalecimiento de la red de laboratorios, acciones para facilitar la notificación de casos de tuberculosis, especialmente desde las comunidades con mayores dificultades de acceso, adecuación de bodegas de almacenaje de medicamentos, capacitación continua al personal que atiende casos de tuberculosis mediante diplomados en instituciones académicas, asistencia técnica para instalar un sistema de diagnóstico y seguimiento en línea de pacientes con tuberculosis desde su diagnóstico, seguimiento y terminación de su tratamiento, así como incremento de la capacidad instalada en

¹⁴ Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio: “Instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente”.

centros penales por medio de la adquisición de equipos y realización de diagnósticos preventivos, tratamiento oportuno y seguimiento de infectados.

El **ISSS** ha logrado implementar una efectiva política de recuperación de la mora con la creación y fortalecimiento de un departamento específicamente dedicado a la recuperación prejudicial de la misma, así como con un programa de sensibilización de empresarios y trabajadores respecto de beneficios asociados al pago de sus aportes a la seguridad social, así como de las sanciones correspondientes en caso de morosidad en los mismos. Asimismo, se ha avanzado en el suministro eficiente y oportuno de medicamentos ARV e insumos de laboratorio para la atención de la población con HIV.

Por su parte, **FOPROLYD** mejoró su gestión en la atención de las personas beneficiarias a través del diagnóstico de la situación de personas beneficiarias, en términos de su condición social, económica y discapacidad, fortaleció los procesos de gestión gerencial, mejoró sus capacidades técnicas a través de la capacitación del personal orientada a la naturaleza de su responsabilidad, enfoque de derechos y de género y comunicación asertiva con las personas beneficiarias, e instaló un sistema de seguimiento de los beneficios recibidos por las personas atendidas con actualización periódica.

Tal como se ha detallado, el portafolio de proyectos de salud del PNUD ha contribuido al logro de avances por parte de las instituciones seleccionadas en relación con el Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio, vale decir, *Instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente*, aportando con 3 casos, al menos,¹⁵ al cumplimiento del indicador seleccionado en el Documento Programa PNUD para El Salvador 2016-2020 (CPD 2016-2020), a saber, *número de instituciones que adoptan nuevos sistemas de información y gestión*, cuya meta es 5 instituciones para la totalidad del programa.

Por su parte, el Resultado 1.1 de la Teoría de Cambio, *Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local*, debe medirse con base en el indicador seleccionado en el CPD 2016-2020, a saber, a través del incremento de la inversión pública ejecutada, o bien, porcentaje de ejecución presupuestal. Este indicador, que también es compartido con los restantes sectores de intervención allí establecidos, contaba al año 2014 con una línea base de 56,25% y una meta de 70%. Como puede observarse en los estudios de casos presentados en el capítulo anterior dedicado a los hallazgos de la evaluación, las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud cuentan históricamente con niveles de ejecución presupuestal sumamente altos, incluso puede decirse en niveles óptimos. Incluso, en forma reiterada la ejecución presupuestal supera los presupuestos aprobados, debiéndose incrementar los mismos. De modo tal, que aun cuando se han logrado importantes resultados en materia de fortalecimiento de las capacidades de planificación y ejecución de las instituciones seleccionadas, el indicador seleccionado no permite medir estos resultados por encontrarse desde siempre en niveles óptimos.

El portafolio en salud del PNUD responde en diversos planos a las necesidades de las personas afectadas, en consonancia con los ODS. En efecto, en el ISSS y en el MINSAL-PNTB se han apoyado acciones para contar con una mejor identificación de pacientes de TB y HIV y sus necesidades, así como para una mejor prestación de servicios y cobertura de medicamentos para estas personas

¹⁵ Probablemente también sea el caso del proyecto del PNUD con el ISBM, pero por razones ajenas a la evaluación no se ha podido realizar el estudio de caso correspondiente.

(ODS 3.3). En todo los casos, se ha buscado fortalecer los mecanismos de identificación de las personas usuarias prestatarias de los servicios, asegurando o bien aproximándose a la cobertura universal de las mismas y a la provisión de medicamentos eficaces, asequibles y de calidad (ODS 3.8). Cabe señalar que los esfuerzos realizados por las instituciones seleccionadas les han permitido garantizar la cobertura universal, o bien muy próxima a ella, de las diferentes poblaciones meta a las que se dirigen. Hacia el futuro, la cobertura podrá incrementarse mediante apoyos al sistema MINSAL que es dónde permanece prácticamente la totalidad del déficit de cobertura en salud en El Salvador.

Sin excepción, se han alcanzado todos los resultados previstos en los documentos de proyectos del portafolio de salud del PNUD con los asociados MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD, los que se han presentado paso a paso en los estudios de caso incluidos en el capítulo dedicado a los hallazgos de la evaluación. Como veremos en el desarrollo de este apartado, se pueden diferenciar dos grandes bloques de resultados en función de los detalles establecidos en las respectivas estrategias de salida en cada proyecto y por ende en sus impactos de largo alcance.

Por un lado, todos aquellos resultados vinculados con el fortalecimiento de las capacidades de gestión. En este ámbito, los resultados alcanzados se encuentran en línea con lo esperado en las estrategias de salida, sus efectos revisten carácter permanente en las instituciones y no se observan mayores necesidades para la permanencia de la intervención del PNUD en esos ámbitos. Cabe especialmente reiterar aquí lo expresado en otras partes del documento respecto de las estrategias de salida, en el sentido de que si bien no incluyen la definición ex ante de criterios e indicadores verificables, su formulación conceptual sí ha permitido que esta evaluación pueda deducirlos con relativa facilidad y precisión de modo ex post.

Por otro lado, se encuentran todos los resultados vinculados a la compra de medicamentos u otros insumos médicos. En este caso, si bien los resultados esperados en cada proyecto han sido alcanzados a plena satisfacción de los asociados, aun no puede afirmarse que sus efectos sean sostenibles, ni que las instituciones seleccionadas hayan alcanzado las capacidades necesarias para proceder a la adquisición de estos bienes con base en una correcta aplicación de las normas de la LACAP y su programación anual, de modo de comprar con precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y cláusulas contractuales para la reposición de stocks vencidos o a vencerse. La estrategia de salida constituye en este ámbito una situación que aún debe ser alcanzada y que al mismo tiempo representa a juicio de esta evaluación un importante potencial de impacto de desarrollo del PNUD sobre el sistema de salud en su conjunto. Incluso, la búsqueda de ese fortalecimiento para la correcta compra de medicamentos con base en las normas de la LACAP por parte de diversas instituciones del sistema de salud, implicará el abordaje de otras acciones de fortalecimiento en paralelo, dónde el desarrollo de adecuados sistemas de información sobre precios de referencia con base en registros de precios históricos por producto será imprescindible.

Tal como se detalla en el capítulo dedicado a los hallazgos de la evaluación y en particular en los cuadros de dan cuenta de la evolución en la cantidad de personas beneficiarias alcanzadas, los proyectos desarrollados en asociación con MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD han permitido alcanzar, con acciones referidas a sistemas de identificación y diagnóstico, al universo de los grupos poblacionales a los que se orientaron los mismos, vale decir, pacientes de tuberculosis bajo responsabilidad del MINSAL, pacientes de VIH bajo responsabilidad del ISSS, personas lisiadas o en condiciones de discapacidad a consecuencia del conflicto armado atendidas por FOPROLYD, así

como trabajadores y trabajadoras que habían perdido sus beneficios de seguridad social y atención en salud en el ISSS por la mora de sus empleadores en el pago de las cotizaciones correspondientes.

Hacia el futuro próximo del portafolio de salud del PNUD y en su alineación con su Teoría de Cambio debe tenerse en cuenta que el mayor potencial para el avance hacia la cobertura y acceso universales se encuentra dentro de la estructura de atención del MINSAL y no de los diversos subsistemas autónomos de seguros públicos como ISSS, ISBM, COSAM o FOPROLYD, por mencionar los más importantes, los que ya han alcanzado la cobertura universal de sus respectivos grupos poblacionales o bien se encuentran muy próximos a lograrlo.

El PNUD ha generado valores agregados a partir de su enfoque de gestión de proyectos, los que generaron experiencias que hubieran sido difíciles de lograr dentro de la lógica de gestión pública predominante en el sistema de salud del país. Por orden de importancia en relación a las principales debilidades de la gestión pública, cabe señalar el énfasis puesto en la definición de adecuadas estrategias de alianzas que permitieron superar a nivel micro de los proyectos los problemas de articulación existentes a nivel macro del sistema de salud salvadoreño, los que son analizados en detalle en el Anexo 1. En segundo lugar, se destaca la implementación sistemática año a año de un enfoque de planificación que incluye la presupuestación, vale decir, una presupuestación que apuesta al futuro y por ende está basada en el cumplimiento de metas de la planificación, necesaria y diferente a la típica presupuestación en lógica pública que va vinculada al sistema de administración, dónde siempre se repite el pasado, ajustando la presupuestación pasada solamente por variaciones en la cobertura de personas a atender (*inercia presupuestal*). En el mismo sentido y derivado de esta planificación/presupuestación por metas hacia el futuro, se destaca también el enfoque de monitoreo con base en los indicadores establecidos en el plan de monitoreo del proyecto, el que sin embargo aún puede potenciarse mucho más.

En relación al proyecto con el ISSS, las capacidades desarrolladas por el PNUD como receptor de subvenciones del Fondo Global condujeron a que este instituto considerara conveniente mantener la cooperación con el mismo, con el propósito de promover la generación de capacidades en el ISSS para que sea el equipo de dicha institución el que realice las adquisiciones y contrataciones requeridas en un futuro cercano. En este punto, el potencial de valor agregado del PNUD todavía no se ha desplegado plenamente de modo que el ISSS pueda asumir las compras con consiguientes beneficios en materia de precios, calidad y oportunidad de entrega, a través de una correcta aplicación de las normas contenidas en la LACAP.

8.4 SOSTENIBILIDAD

De acuerdo con una visión de conjunto de las estrategias de salida acordadas en los proyectos, las acciones de fortalecimiento de la gestión, con excepción de las compras de medicamentos, han cumplido sus objetivos, sus efectos son duraderos, su sostenibilidad financiera está garantizada porque desde un principio han sido financiadas mayoritariamente con recursos de presupuesto ordinario, y no se observan normativas adversas que limiten sus impactos. Por el contrario, respecto de este último punto, las normas de primera relevancia como las NTCIE de la Corte de Cuentas y la LACAP ofrecen un correcto respaldo al desarrollo de una gestión eficiente, efectiva y transparente. En todo caso, nuevas acciones de fortalecimiento institucional en nuevos proyectos sí son necesarias a fin de dotar a la estructura de gestión del sistema MINSAL de mayor unidad e integridad.

En relación a las acciones orientadas a la adquisición de medicamentos y otros insumos médicos sofisticados como reactivos para laboratorios, de primera relevancia en el monto de la cartera de salud del PNUD y de alta relevancia en términos de impacto de desarrollo del sistema de salud salvadoreño, a juicio de esta evaluación aún se está lejos del punto de retiro. No ha llegado aún el momento indicado por la estrategia de salida. Las instituciones del sistema de salud salvadoreño en un sentido amplio, incluidas las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD, se encuentran lejos de las capacidades necesarias para una correcta aplicación de la LACAP que redunde en precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega planificada y particularmente establecimiento de cláusulas contractuales que garanticen la reposición de stocks de medicamentos vencidos o a vencerse. En este ámbito, es adversa la normativa vigente y por ende la política y la estructura de gobernabilidad y procesos del sistema de salud. Y lo es en la medida que: i) secuestra la rectoría específica al MINSAL depositándola en la Dirección Nacional de Medicamentos; ii) permite la fragmentación de compras entre 8 instancias estatales y al interior de las mismas, por ejemplo, mediante una incorrecta interpretación de la autonomía de los hospitales públicos; iii) contiene perjudiciales vacíos respecto del sistema de información para la gestión de la salud pública, dónde no se exige la instalación y actualización de sistemas de precios de referencia basados en registros longitudinales o históricos de precios; iv) contiene superposiciones y contradicciones respecto de la rectoría y articulación del sistema de salud que van en detrimento del rol que debe ejercer el MINSAL como única y legítima instancia de gobierno de la salud pública, v) facilita la existencia de subsidios cruzados que superponen o duplican compras pequeñas de medicamentos realizadas en 60 días sin garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse; y vi) no garantiza las potestades del MINSAL en la supervisión y monitoreo de todos los niveles de gobernanza del sistema de salud pública, con especial perjuicio para la compra de medicamentos, las que permanentemente se encuentran en la prensa por negativos juicios de la opinión pública referidos a la falta de stocks, medicamentos vencidos, medicamentos de mala calidad y medicamentos de alto costo sin cobertura de financiamiento público.

En todos los casos se han establecido estrategias de salida, las que si bien no incluyen la definición ex ante de criterios e indicadores verificables, sí han permitido con base en su formulación esencialmente conceptual que esta evaluación pueda deducirlos con relativa facilidad y precisión de modo ex post. No obstante, hacia el futuro se observa como necesaria una mayor elaboración de criterios e indicadores de salida que conduzcan a un mayor encadenamiento de los resultados esperados en cada proyecto con los objetivos y resultados esperados de la Teoría de Cambio. En efecto, una mayor escala en el impacto del PNUD en el sistema de salud mediante el fortalecimiento de su rol en la compra de medicamentos permitirá niveles crecientes de articulación entre lo esperado en cada proyecto y lo esperado en la Teoría de Cambio. Es decir, se podrá contar con un impacto planificable y verificable de la cartera de proyectos sobre la Teoría de Cambio. A estos efectos, se deberá pasar de la formulación de indicadores basados fundamentalmente en metas de cumplimiento de actividades, los que actualmente caracterizan los indicadores establecidos para los proyectos – por ejemplo, *se ha cumplido con el 80% de las compras establecidas en el plan respectivo* - a verdaderos indicadores de resultados en articulación con la Teoría de Cambio.

Por último, cabe señalar con base en lo ya mencionado más arriba, que el sistema de monitoreo que deriva de la modalidad NIM encierra una paradoja que a la postre resultó, entre otras consecuencias, en un bajo registro y socialización de lecciones aprendidas por parte de los responsables en la coordinación de los proyectos, vale decir, las instituciones nacionales seleccionadas. En efecto, la paradoja consiste en que la modalidad NIM deja en manos de las

instituciones seleccionadas algo para lo que no están preparadas, situación que a su vez justifica la intervención del PNUD para el fortalecimiento de su gestión. Monitoreo supone metas planificadas, lo que a su vez supone un sistema de presupuestación ligado a la planificación de modo de poder alcanzar el futuro y no repetir siempre el pasado, lo que supone a su vez adecuados sistemas de información para establecer razonables y alcanzables metas de planificación. No son estas las capacidades que caracterizan a las instituciones seleccionadas y no es de esperar que razonablemente - sin un apoyo especializado - puedan cumplir con el rol de monitoreo que les exige la modalidad NIM.

Como lo hemos mencionado, fortalecer la sostenibilidad de los resultados es potenciar el sistema de compras de medicamentos del PNUD avanzando junto con las instituciones seleccionadas a niveles crecientes de programación anual de compras conjuntas de alta escala con base en completos procesos licitatorios que garanticen precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse.

Asimismo, mantener la exitosa línea de fortalecimiento de la gestión de las instituciones asociadas al portafolio de salud del PNUD, y especialmente en aquellos aspectos que complementen una mejor compra de medicamentos de acuerdo con la razón y las normas de la LACAP.

9. RECOMENDACIONES

ESTRATEGIA

9.1 Contribuir a fortalecer la estructura de gestión del sistema MINSAL

Concentrando el portafolio de salud al interior del sistema MINSAL

El impacto, la prioridad nacional y el Efecto 1 esperados en la Teoría de Cambio no se podrán alcanzar con un portafolio de salud concentrado en los seguros públicos que ya han alcanzado sus respectivas coberturas universales, las que seguirán incrementándose, especialmente en el ISSS, en la medida que la economía del país progrese en crecimiento y equidad y por ende en formalización del empleo. Por el contrario, es al interior del sistema MINSAL, responsable por el 72% de la población, dónde se encuentra ahora todo el déficit de cobertura y de acceso universal a los servicios básicos de salud. Dentro de este vasto sector de la población, se encuentra un 16,6% de hogares reportados como carentes de acceso a servicios de salud. La pugna legislativa de 20 años de duración para establecer la integración y rectoría del sistema de salud salvadoreño ha tenido entre otras consecuencias negativas, el haber dejado en un segundo plano la búsqueda de una estructura única e integral al interior del propio sistema MINSAL. A fin de mejorar la cobertura y el acceso universal a servicios de salud para este sector mayoritario de la población, es imprescindible que el MINSAL cuente con una estructura de gestión única e integral, fortalecida en todos sus sistemas y niveles de gobernanza.

Priorizando la resolución de problemas concretos en la gestión MINSAL

Dada la evolución de 20 años en materia de legislación en salud, no es de esperar que el fortalecimiento de la gestión del sistema MINSAL pueda darse por vía legislativa, al menos no en el corto y mediano plazo. Más bien, parece más factible y con mayor garantía de consistencia que los avances legislativos se realicen en el futuro sobre la base de los aprendizajes y fortalezas que se logren en la solución de problemas concretos que no requieren a priori de un cambio de leyes, sino en todo caso de normativas de menor rango, las pueden estar bajo la autoridad del MINSAL o bien de la Corte de Cuentas, en particular con referencia a las NTCIE.

Sin desmerecer la importancia de otros problemas aun no resueltos como la carencia de una planificación y presupuestación por metas, la escasa articulación de actores del sistema MINSAL por sistemas y niveles de gestión, la ausencia de una supervisión en cascada sobre los diferentes niveles de gobernanza, la ausencia de un sistema de monitoreo que deriva de la ausencia de una planificación y presupuestación por metas para alcanzar el futuro, así como la falta de sistemas de evaluación de resultados e impactos, todas carencias importantes que deberán ser abordadas en algún momento para contar con una estructura de gestión única, integral y fortalecida, actualmente reviste la mayor prioridad: i) implementar un sistema de información integrado; ii) establecer un único sistema central de compras para aquellos bienes dónde la compra a escala sea imprescindible para obtener mejores precios, mejor calidad verificada y oportunidad de entrega, en consonancia con las normas de la LACAP y de la programación anual allí requerida; e iii) implementar un sistema de financiamiento que asigne de modo inteligente los subsidios entre los diversos actores en los diversos niveles de gobernanza y diversos niveles de atención de la salud, de modo de alcanzar eficiencia, efectividad y transparencia, eliminando la existencia de subsidios cruzados.

Contribuyendo a la implementación de un sistema de información integrado

Sin pretender agotar aquí toda la problemática de un sistema de información en salud que debe actuar de modo integrado, sí queremos destacar desde la visión parcial de esta evaluación enfocada en asuntos de gestión, la importancia de contar con: i) un sistema de precios de referencia consistentes, basado en un registro de precios históricos respecto de cada producto que se adquiere; así como ii) un expediente electrónico por ciudadano/a por DUI que incluya información sobre si está asegurado o no en alguna instancia pública o privada, así como su historia clínica.

Contribuyendo a la implementación de un sistema central de compras

Es imprescindible avanzar hacia un sistema central de compras, diferenciando aquellas compras donde las instancias descentralizadas tienen ventajas teóricas de información y gestión, por ejemplo, ciertos materiales de construcción para obras menores, de aquellas que requieren de una gestión centralizada para lograr precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y en el caso de medicamentos, cláusulas de reposición de stocks vencidos o a vencerse. Se trata de un sistema de compras central, no de un sistema de compras conjuntas. Vale decir, el sistema de compras central deberá asegurar la trazabilidad completa de los bienes adquiridos y muy especialmente medicamentos, incluyendo también un sistema de clearing o compensaciones de medicamentos entre los diversos actores del sistema MINSAL, un sistema de alerta para la reposición de stocks a vencerse y un sistema para la agregación de las compras a realizarse en siguientes procedimientos contractuales. Este sistema debe basarse, como es lógico, en las normas de la LACAP y su programación anual.

Sin duda, la implementación de un sistema de compras centrales no podrá ser realizada de inmediato al interior del sistema MINSAL, en virtud de todas sus otras carencias en materia de gestión, especialmente de integración y desarrollo de sistemas de información. Aquí tendrá un rol decisivo la implementación de dichas compras en forma inicial a través del sistema PNUD, equivalente en normas a la LACAP, en el marco de un proyecto concentrado al principio en un reducido y selectivo abanico de medicamentos de alta relevancia y difícil adquisición como experiencia piloto por parte del PNUD en asociación con instituciones nacionales de salud para garantizar la escalabilidad de la acción, para que con el progresivo fortalecimiento de la estructura de gestión del MINSAL en todos sus sistemas y niveles de gobernanza, éste pueda ir asumiendo la gestión de las mismas.

Contribuyendo a fortalecer un sistema de financiamiento eficiente, efectivo y transparente

En buena medida, un sistema de financiamiento es reflejo fiel del sistema de administración que apoya y su eficiencia, efectividad y transparencia, dependen en modo determinante de la fortaleza del sistema de información y del sistema de control, éste último ya fortalecido a través de las funciones y normas de la Corte de Cuentas. De modo que en la medida que se pueda avanzar con el fortalecimiento de los sistemas de información y administración, se irán alcanzando las bases para operar con inteligencia financiera, vale decir, establecer adecuadas proporciones de financiamiento por nivel de atención en salud, definir mecanismos correctos de financiamiento según las características de cada actor involucrado en el sistema MINSAL, así como los servicios que presta y los insumos que requiere a esos efectos, y evitar cruces de subsidios que siempre van en perjuicio del MINSAL y por ende de la población sin seguro público y en peores condiciones económicas y

sociales. Las normas de finanzas públicas ofrecen un abanico de mecanismos de asignación de recursos que deberán ser analizados en su pertinencia para cada caso concreto a financiar.

Contribuyendo gradualmente a un estructura integral de gestión del sistema MINSAL

Gradualmente, con base en los avances anteriores o bien en forma paralela cuando sea posible, se deberán abordar los restantes problemas que obstaculizan el logro de una gestión única e integral del sistema MINSAL bajo su exclusiva rectoría: i) carencia de una planificación y presupuestación por metas; ii) escasa articulación de actores del sistema MINSAL por sistemas y niveles de gestión; iii) ausencia de una supervisión en cascada sobre los diferentes niveles de gobernanza; iv) ausencia de un sistema de monitoreo que deriva de la ausencia de una planificación y presupuestación por metas para alcanzar el futuro; así como v) falta de sistemas de evaluación de resultados e impactos.

Contribuyendo desde la práctica de gestión pública a un replanteo de la legislación en salud

En la medida que se avance en el conjunto de problemas concretos y de alta y mediana urgencia que hemos presentado, será posible avanzar en la superación de los obstáculos normativos que perjudican la función del MINSAL en el gobierno de la salud, especialmente el secuestro de su potestad rectora por parte de diversas otras instancias: i) la DNM en materia de medicamentos; ii) el CSSP en materia de supervisión; iii) el CD y el CT del SNS/SNIS o cómo se de en llamar al sistema, en la formulación de la política nacional de salud. Sin embargo, y tal como lo hemos expuesto detalladamente en el análisis contenido en el Anexo 1, a juicio de esta evaluación, estos avances normativos se darán con mayor seguridad y consistencia como resultado de fortalecer la estructura de gestión interna del MINSAL y no por continuar con la confusa y negativa pugna corporativa que ha caracterizado 20 años de legislación en la materia en El Salvador.

MECANISMOS

9.2 Complementar el mecanismo de monitoreo en la modalidad NIM

Tal como lo hemos expuesto, el mecanismo de monitoreo establecido en la modalidad NIM, por el que se delega la responsabilidad del mismo a la institución nacional asociada al proyecto, contiene la paradoja de exigirle a la misma lo que a priori se sabe que no podrá cumplir a cabalidad porque no cuenta con las capacidades para hacerlo. Resultado de esta paradoja en los tres proyectos analizados ha sido: i) baja disponibilidad de la documentación relevante del proyecto; y ii) baja capacidad de reflexión a lo largo de la ejecución de los proyectos lo que deriva en una casi nula extracción de lecciones aprendidas y buenas prácticas, salvo comentarios de muy menor relevancia sobre aspectos operativos cotidianos que no revisten la importancia esperada. A fin de superar esta paradoja, en el caso de continuar la ejecución de proyectos con base en la modalidad NIM, el monitoreo mismo debería ser parte de los planes de fortalecimiento de dichas instituciones, previendo apoyos especializados que puedan generar esta capacidad durante del período de ejecución del proyecto.

9.3 Sensibilización y capacitación a asociados en compras de medicamentos

Tal como se ha observado en las entrevistas con diversos operadores y referentes del sistema de salud salvadoreño, se encuentra sumamente difundida una incorrecta interpretación de la LACAP que privilegia una extrema preferencia por las compras rápidas en 60 días. Especialmente en relación a la oportunidad se observa la creencia que la misma es sinónimo y consecuencia de rapidez. Así, una compra rápida aseguraría la oportunidad de la entrega. Una visión que contradice los principios de la compra pública en general y de la LACAP de El Salvador en particular, y en definitiva la debida responsabilidad en el uso de fondos públicos y por ende las normas de finanzas públicas, cuya correcta aplicación vigila la Corte de Cuentas.

En general, en todo proyecto que implique la adquisición de medicamentos se recomienda la sensibilización de las instituciones seleccionadas respecto de las ventajas de planificar adecuados procedimientos contractuales que permitan alcanzar licitaciones internacionales que garanticen mejores precios, calidad verificada, oportunidad de entrega y cláusulas de reposición de stocks vencidos o a vencerse, así como jornadas de capacitación en la correcta interpretación y aplicación de la LACAP a estos efectos, con el apoyo de profesionales especializados en la materia. Si bien en primera instancia se suele pensar en juristas, y puede ser correcto, lo importante no es transmitir en forma mecánica las normas de la LACAP, sino fundamentalmente la razón de las normas.

Si bien la modalidad de compras rápidas a nivel internacional que facilita el PNUD es una modalidad sumamente conveniente que ha permitido mejorar calidad y precios de los medicamentos adquiridos, es importante tener presente que la misma no permite por si misma alcanzar las estrategias de salida que establecen la necesidad de fortalecer a las instituciones nacionales de salud para que luego del retiro del PNUD puedan adquirir medicamentos aplicando correctamente la normativa nacional. A estos efectos, se recomienda desarrollar alianzas estratégicas con el Ministerio de Hacienda y la Corte de Cuentas, a fin de cooperar de modo más efectivo con los objetivos de estas jornadas de sensibilización y capacitación.

9.4 Implementar módulo de seguimiento longitudinal de precios transados

En forma complementaria con la estrategia de fortalecimiento de una estructura de gestión única e integral en el sistema MINSAL tendiente a la implementación de un sistema de información integrado y un sistema central de compras, y a la vez en forma complementaria con el replanteo del mecanismo de monitoreo en la modalidad NIM y con el mecanismo de sensibilización y capacitación a los asociados en la compra de medicamentos, PNUD propuso a la evaluación, luego de la revisión del borrador de informe final, implementar dentro del portafolio de salud un módulo informático, de relativa sencillez, que permita realizar un seguimiento longitudinal de los precios transados antes y durante la intervención para cada medicamento y otros bienes y servicios. La evaluación concuerda y agradece esta propuesta que tendría fuertes efectos sinérgicos con la estrategia y los mecanismos que estaría complementando.

9.5 Mejorar indicadores de resultado de los proyectos

Los resultados del portafolio actual del PNUD cuentan con indicadores que no permiten medir su contribución a los resultados esperados en la Teoría de Cambio, aún a pesar de la abundante evidencia sobre el fortalecimiento de las capacidades de planificación y ejecución logrado en las instituciones seleccionadas, así como el logro de herramientas de gestión efectivas, eficientes y transparentes en las mismas, destacándose el sistema de recuperación de mora en el ISSS, los mecanismos de detección precoz de tuberculosis en el MINSAL o bien el diagnóstico de la población beneficiaria en FOPROLYD que dio lugar al fortalecimiento de diversas herramientas de gestión. Se recomienda la formulación de los indicadores de resultado por proyecto, no en un sentido de cumplimiento de actividades que es lo que básicamente han constituido hasta el momento, sino en su aporte al logro de los resultados esperados en la Teoría de Cambio.

Respondiendo a lo solicitado expresamente por el PNUD, luego de la revisión del borrador de este informe final, en el sentido de sugerir algunos indicadores, lo hacemos a continuación, pero dejando claro que los mismos solo son ejemplos de lo que podría haberse formulado en los proyectos en ejecución y de ningún modo revisten el carácter de propuestas hacia el futuro, puesto que la selección de indicadores de resultados es altamente circunstancial, es decir, depende por completo de las características de los nuevos proyectos a diseñar, así como de las nuevas condiciones de contexto en que se insertan.

Hecha esta salvedad, tomando como ejemplo el caso del ISSS y buscando encadenar con el Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio - *“instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente”* - los indicadores de resultado podrían haber anticipado en la dimensión de efectividad los porcentajes a alcanzar en la reducción de la mora patronal, en la dimensión de eficiencia el impacto de esta reducción de la mora patronal en los ingresos de la institución y por ende en sus indicadores de déficit o superávit, y en la dimensión de transparencia la mejora de la opinión pública respecto de las rendiciones de cuentas que practica la institución.

O bien en la compra de medicamentos y otros bienes e insumos médicos, hubiera sido pertinente medir efectividad mediante índices de mejora de la calidad de los mismos basados en la opinión de una muestra representativa de médicos prescriptores, medir eficiencia con base en porcentajes de reducción de precios y nuevamente su impacto en los indicadores de déficit o superávit de las instituciones, o bien medir transparencia nuevamente a través de la mejora de la opinión pública al respecto, la que en prensa aparece en forma reiterada por denuncias de medicamentos faltantes, de mala calidad o vencidos, referidos en general a diversas instancias del sistema de salud salvadoreño. Incluso a estos efectos, empresas de opinión pública venden servicios – habitualmente de bajo costo - para medir cuantitativa y cualitativamente la evolución de los espacios de opinión pública en un tema específico como éste, diferenciando la evolución de opiniones negativas y positivas.

10. LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS

Con base en lo observado por la evaluación, corresponde señalar de modo conciso algunas lecciones aprendidas basadas en las evidencias específicas que se presentan en este informe.

- ✓ La compra de medicamentos a mejores niveles de precio y calidad que los imperantes en el mercado nacional, en el caso de las compras internacionales, ha constituido un fuerte punto de interés por parte de las instituciones nacionales en los servicios que puede prestarles el PNUD, revistiendo a su vez un importante potencial de desarrollo en virtud de las graves deficiencias que se observan en el sistema de salud en su conjunto en esta materia. La lección aprendida que quiere resaltar esta evaluación es que la compra de medicamentos constituye un ámbito de acción que puede constituir un eje estratégico de acción más allá del alcance del CPD 2016-2020.
- ✓ Por su parte las acciones de fortalecimiento de la gestión en las instituciones nacionales seleccionadas también han constituido un fuerte punto de interés y satisfacción por parte de las mismas en los servicios del PNUD y ellas habitualmente se alcanzan de modo óptimo durante los períodos de ejecución de los proyectos. En este sentido y sin desmedro de nuevas acciones exitosas en materia amplia y diversa de fortalecimiento de la gestión como la recuperación de la mora patronal en el ISSS, el fortalecimiento de los mecanismos de detección precoz de la tuberculosis en el MINSAL-PNTB o la identificación y diagnóstico del universo completo de personas beneficiarias del FOPROLYD, se observa la necesidad ahora de complementar las acciones referidas a la compra de medicamentos con acciones de fortalecimiento complementarias en la materia, generando capacidades específicas en información de precios, planificación de procedimientos contractuales, verificación de calidad de medicamentos y negociación de tiempos de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse.
- ✓ En el marco de las crecientes dificultades de la cooperación internacional que están señalando el punto de finalización de una modalidad que ha buscado incidir con discutible éxito en el desarrollo de los países de la región mediante la transferencia de innovaciones de política pública generadas en otros contextos y por ende bajo otras condiciones normativas y operativas, sin consideración de las condiciones en que se desenvuelve la gestión de políticas públicas en nuestros Estados, el enfoque del PNUD orientado a trabajar por dentro de la gestión pública y con base en los presupuestos ordinarios de nuestras naciones y complementados con oportunos apoyos, reviste las características de una mejor práctica de desarrollo con segura proyección en el futuro próximo. También en este sentido, el portafolio de salud del PNUD en El Salvador contiene un conjunto de aprendizajes particulares, que se ha buscado detallar en los estudios de casos: estrategias de alianzas a nivel micro que buscan superar las dificultades de articulación a nivel macro de nuestros Estados de la región, orientación del fortalecimiento institucional a los problemas más críticos de gestión en las instituciones nacionales o implementación de mecanismos de identificación y diagnóstico de las personas beneficiarias de las políticas públicas, entre otros.

ANEXO 1: ESTRUCTURA DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE

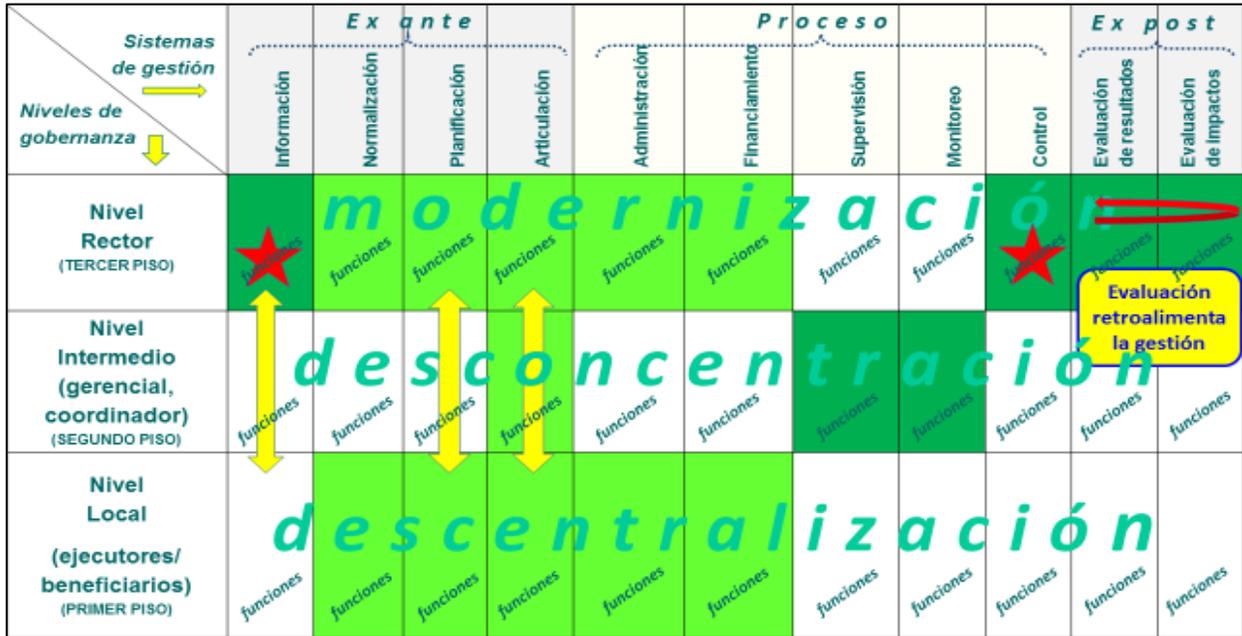
1. El método de análisis técnico-normativo de la estructura de gestión

Dentro del contexto relevante para la presente evaluación y en general para futuras acciones de cooperación en el sector, es imprescindible conocer la estructura de gestión de la política pública de salud en El Salvador que resulta de la normativa vigente. Vale decir, más específicamente, las funciones que el legislador salvadoreño ha ido definiendo para cada actor en cada nivel de gobernanza y sistema de gestión.

La necesidad de este análisis parte desde el mismo título de la consultoría, poniendo énfasis en las **capacidades de planificación y ejecución** de la inversión pública a nivel nacional y local. Y luego se refleja en una Teoría de Cambio que establece como primera y más relevante barrera: “*debilidades político-gerenciales (rectoría y gobernanza) en El Sistema Nacional de Salud (SNS)*”, que concretamente involucra a los cuatro sistemas rectores ex ante de una política pública, a saber y en secuencia: i) información; ii) normalización (formulación de políticas, normas y estándares técnicos); iii) planificación-presupuestación; y iv) articulación. Pero también y más específicamente, la necesidad de este análisis deriva de lo señalado en los TDR de esta evaluación respecto de: i) la fragmentación de las redes de atención que tiene que ver nuevamente con el sistema de articulación, es decir, la capacidad del sistema de contar con una estructura de gestión única e integral que asegure la articulación de todas las partes; y ii) la sub financiación pública del SNS que refiere al sistema de financiación, vale decir, provisión y uso de recursos.

La siguiente figura busca visualizar nuestro enfoque de análisis técnico-normativo por sistemas y niveles de gestión o gobernanza, dónde ubicaremos las funciones que el legislador salvadoreño estableció para cada actor en cada nivel y sistema de gestión. Para identificar las funciones establecidas, observar vacíos de funciones, o bien duplicación o superposición de funciones, entre otros aspectos. En las celdas de esta matriz ideal, se ubicarán las funciones reales asignadas por el legislador salvadoreño a cada actor en cada nivel y sistema de gobernanza.

Figura 4: Estructura de gestión de una política pública moderna y descentralizada



En la columna de la izquierda, se ubicarán por nivel de gobernanza las instituciones del sistema de salud. A la derecha ingresaremos en cada sistema de gestión, la función que le asignó el legislador salvadoreño cada actor. El resultado lo podemos visualizar en la siguiente figura que sintetiza el análisis realizado.

2. La síntesis del análisis

En efecto, el análisis realizado muestra que 20 años de búsqueda de un sistema integrado de salud – en el siguiente apartado analizamos paso a paso este proceso - condujeron a una hipertrofia normativa con rectorías superpuestas y conflictos de juez y parte, contradicciones y vacíos en su estructura de gestión, y con evidentes incidencias de una pugna corporativa que paradójicamente paraliza dicha búsqueda de un modo sistemático. Asimismo, la pugna corporativa ha distorsionado la solución legislativa, al tiempo que ha impedido al MINSAL construir su propio sistema con una única e integral estructura de gestión bajo su exclusiva rectoría, el que de todos modos sigue siendo responsable por el **72%** de la población, en particular de la población más pobre y marginada. Los subsistemas de salud autónomos del MINSAL se aprovechan de la gratuidad de su sistema, enviando circunstancialmente a sus asegurados a atenderse en los establecimientos del ministerio, aun cuando sus subsidios per cápita son muy superiores, lo que nuevamente va en perjuicio de la población más pobre que carece de seguro.

Figura 5: Estructura de gestión del sistema de salud según su normativa vigente¹⁶

Sistemas de gestión Niveles de gobernanza	Sistemas de gestión									
	Información	Ex ante Normalización	Planificación	Articulación	Administración	Financiamiento	Procesos Supervisión	Monitoreo	Control	Evaluación de resultados Evaluación de impactos
Nivel Rector <i>bloqueado</i> (Tercer Piso)	no permite descentralizar la gestión	CISALUD CD-SNS CT-SNS CASP JVs MINSAL DNM FOSALUD	MP CISALUD CD-SNS CT-SNS MINSAL	LACAP	financiamiento en nivel intermedio en comparación internacional	CSSP-JVs conflicto de juez y parte CSSP supervisa MINSAL	Corte de Cuentas Control permite descentralizar	Sin evaluación para retroalimentar gestión		
Nivel Intermedio <i>sin definición</i>	No existe un sistema integrado de información	No existirá un sistema, si no hay rectoría exclusiva del MINSAL	No existe un sistema integrado de planificación y presupuestación	Si todos dirigen articulación = nadie articula	Pérdida de recursos por fragmentación de compras	Pérdida de recursos por subsidios cruzados	No existe supervisión en cascada bajo rectoría MINSAL	Si no existe planificación, no existen metas a monitorear		
Nivel Local <i>sin definición</i> (ejecutores y beneficiarios)				Débil capacidad para aplicar LACAP	No plan, no info, no monitoreo					

Vistos los resultados del análisis de la legislación vigente por niveles de gobernanza, cuya síntesis se presenta en la figura anterior, se observa que la misma se ha concentrado obsesivamente – por efecto de la pugna corporativa - en la definición del nivel rector, especialmente en los sistemas de normalización y articulación, todo lo que no se ha logrado definir de un modo definitivo, puesto que está plagado de superposiciones y contradicciones. Por su parte, los niveles intermedios del sistema (técnico-gerenciales, coordinadores, territoriales), así como los niveles ejecutores, no se encuentran definidos en la legislación vigente. Por cierto, existen en forma desarticulada en la práctica, pero el legislador no ha definido sus funciones específicas, lo que demuestra nuevamente una legislación con alto grado de obsesión en la definición de una rectoría que nunca pudo lograr por la pugna corporativa.

Visto por cada uno de los sistemas, el resultado del análisis muestra que:

- no existe un **sistema de información** integrado, lo que entre otros problemas impide descentralizar el sistema de gestión, no se cuenta con información longitudinal o histórica de precios de adquisiciones, lo que afecta en particular la transparencia y eficiencia de las muy fragmentadas compras de medicamentos, no se cuenta con información ordenada por DUI de

16 La legislación abarcada a los efectos de este análisis es: i) Decreto 2699 Ley del Consejo Superior de Salud y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de Salud 1958 (D2699 1958); ii) Constitución de la República de El Salvador 1983 (CRES1983); iii) Código de Salud El Salvador 1988 (CS 1988); iv) Ley especial para la constitución del fondo solidario para la salud 2004 (FOSALUD 2004); v) Decreto Ley 442 de 2007 – Ley de creación del SNS (D442-SNS 2007); vi) Decreto 82 de 2008 – Reglamento de la ley de SNS (D82 2008 REG-SNS); vii) Ley de adquisiciones y contrataciones de la administración pública 2011 (LACAP 2011); viii) Acuerdos para una Hoja de Ruta hacia el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2016 (HR 2016); ix) Ley nacional de medicamentos de 2012 (LM2012); y x) Proyecto Ley SNIS 2019 (SNIS 2019).

usuario, lo que facilita la superposición de subsidios cruzados, ni tampoco se cuenta con un expediente único por usuario o historia clínica compartido en forma electrónica.

- en el **sistema de normalización** o rectoría en sentido estricto, coexisten junto al MINSAL otras 7 instancias con potestades rectoras (CISALUD, Consejo Directivo y Consejo Técnico del SNS, Consejo Superior de Salud Pública y Juntas de Vigilancia, MINSAL, Dirección Nacional de Medicamentos y FOSALUD, por orden de jerarquía), todas las que secuestran la rectoría del sistema al MINSAL y por ende al gobierno elegido democráticamente en cada período para avanzar logros en materia de salud, algunas de ellas con gruesos y peligrosos conflictos de juez y parte como el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), al que el Código de Salud de 1998 le amplió sus funciones, dotándolo de potestades para vigilar los actores del sistema e imponerles sanciones, a la vez que para autorizar la apertura de todo negocio privado de salud (droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, entre los más redituables), permitiéndole recibir todo tipo de contribuciones económicas de parte del sector privado.
- no existe un **sistema de planificación y presupuestación** integrado, por lo que la misma queda sujeta a las instancias administrativas de cada subsistema, las que se caracterizan por no ligar la presupuestación a la planificación de modo de alcanzar el futuro de una mejor salud para los habitantes, sino que repiten todos los años la misma presupuestación basada en precios transados en períodos anteriores que solo varían en función de incrementos o reducciones en la cobertura poblacional que atienden (*inercia presupuestal*).
- no existe un **sistema de articulación** porque la potestad de dirigirlo está repartida entre 4 instancias más y con enfoques contrapuestos, aparte del MINSAL, lo que conduce a un permanente conflicto de funciones y atribuciones entre las mismas (el “Modelo de Provisión” que es una entelequia a la que se le asigna potestades rectoras, CISALUD, Consejo Directivo y Consejo Técnico del SNS, y finalmente MINSAL, por orden de jerarquía).
- el **sistema de administración** se encuentra bajo las normas de la LACAP, la que es desvirtuada en su aplicación por un excesivo uso de la figura de libre gestión y por una extrema práctica de fragmentación de compras, lo que impide la realización de licitaciones conjuntas de medicamentos – existen 8 instancias estatales adquiriendo medicamentos, que también fragmentan compras a su interior - con base en la programación anual allí requerida para poder comprar con precios de escala, calidad verificada y oportunidad de entrega, incluyendo cláusulas de reposición de stock vencidos o a vencerse.
- el **sistema de financiamiento** se caracteriza por indicadores de financiamiento público de la salud en posición intermedia a nivel internacional (ver Anexo 2), pero también por diversos problemas que conducen a la pérdida de recursos, tanto por la falta de transparencia en las compras que deriva de la inexistencia de un sistema de información integrado, la mencionada fragmentación de compras en procesos rápidos de 60 días y sin mayores garantías de precio, calidad, oportunidad y reposición de stocks vencidos, como también y muy especialmente por la existencia de subsidios cruzados o duplicados o superpuestos, según lo manifestado en forma reiterada por el MINSAL en diversos documentos oficiales, así como el nuevo gobierno en su Plan Cuscatlán. La falta de supervisión y monitoreo, como veremos enseguida, agravan aún más esta situación, generando una alta opacidad en el manejo de los recursos públicos destinados a la salud.

- no existe un **sistema de supervisión** en cascada que actúe sobre los diversos niveles de gobernanza del sistema y bajo la rectoría del MINSAL. Por el contrario, el sistema de supervisión está en buena medida en manos del CSSP, el que incluso supervisa al propio MINSAL.
- tampoco existe un **sistema de monitoreo**, porque dónde no hay un sistema de planificación tampoco hay metas que monitorear.
- el **sistema de control** se encuentra razonablemente en manos de la Corte de Cuentas que con sus Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE) conforman junto con la LACAP un cuerpo normativo moderno y robusto que permitiría la descentralización responsable de la gestión, si existiera una estructura de gestión única e integral del sistema de salud salvadoreño con todos sus sistemas y niveles de gobernanza igualmente fortalecidos.
- salvo algunos momentos fugaces y que habitualmente responden a requerimientos de la cooperación internacional, no existen **sistemas de evaluación de resultados e impactos**, ni siquiera estadísticas confiables de seguimiento de la cobertura de los diversos subsistemas de salud.

En síntesis, el sistema de salud pública de El Salvador se caracteriza por graves problemas de organización interna que derivan de su confusa, contradictoria y superpuesta normativa vigente: i) multiplicidad de leyes y entes rectores; ii) funciones superpuestas o duplicadas entre los diversos actores, y funciones ausentes; iii) servicios duplicados o ausentes; iv) coberturas parciales que no garantizan el acceso universal; y v) escasa articulación. Si bien buena parte de la normativa vigente reconoce al MINSAL como ente rector, la misma no le brinda el sustento jurídico suficiente como para ejercer sus funciones rectoras. La fragmentación y segmentación del sistema de salud, largamente diagnosticadas y nunca superadas, resultan de esta confusa normativa vigente, la que frena los avances del sistema en cobertura y acceso universal. En el siguiente apartado se analiza paso a paso, cómo las sucesivas legislaciones fueron contribuyendo a fragmentar, desarticular y debilitar aún más la rectoría del sistema.

3. El proceso de 20 años de legislación visto paso a paso

En este apartado presentamos una reconstrucción histórica de cómo ha ido conformándose la actual estructura de gestión del sistema de salud salvadoreño. Dada la hipertrofia normativa que caracteriza la legislación en la materia, hemos optado por presentar paso a paso los principales cuerpos normativos. Sin embargo, debe recordarse que los cinco pasos que presentaremos a continuación se encuentran en su mayor parte todos vigentes, hasta el momento de redactarse recientemente el proyecto de ley que crearía el sistema nacional integrado de salud, generando un alto cúmulo de contradicciones, superposiciones de rectoría y vacíos de funciones en la mayor parte de lo que debería ser una única e integral estructura de gestión.

Paso 1: Código de Salud de 1998

El primer paso lo constituye el Código de Salud de 1998 que otorga al CSSP altas potestades cargadas de un fuerte conflicto de juez y parte, tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

Lo primero que puede señalarse como característica central del Código de Salud de 1988 es su vaga definición de funciones del supuesto ente rector MINSAL que contrasta con la detallada definición de funciones que le asigna al CSSP, dotado de altas potestades dentro de un fuerte conflicto de juez y parte por el cual puede tanto vigilar y sancionar el ejercicio de las profesiones e instituciones de salud, al tiempo que puede autorizar la apertura de todo negocio privado de salud, estando habilitado para recibir contribuciones del sector privado.

Obsérvese que el método para elegir los miembros del CSSP - *no se podrá elegir a quien no se encuentre presente en asambleas por gremio* – dista de ser democrático y por el contrario es propio de sistemas corporativistas. Asimismo llama la atención que la nominación de los miembros sea por solamente 2 años y sin posibilidad de reelección, una norma que habitualmente va asociada a cargos que permiten el ejercicio y beneficio de un poder económico discrecional.

Cuadro 11: Estructura de gestión del sistema de salud según Código de Salud de 1998

	información	normalización	planificación/ presupuestación	articulación	administración	financiamiento	supervisión	monitoreo	control	evaluación resultados	evaluación impactos
	<i>Ente rector Consejo Superior de Salud Pública (1952)</i>	CS 1988 Art. 7.- CSSP es una corporación del Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones y goza de autonomía , también las JV. Art. 8.- CSSP integrado por 14 miembros. Presidente y Secretario nombrados por el Órgano Ejecutivo y tres representantes por cada gremio. Art. 10.- Elección de representantes se efectúa en Asamblea General de cada gremio, convocada por CSSP. El voto es secreto y personal y no se podrá elegir a quien no se encuentre presente en dicha Asamblea . Art. 11.- Miembros del CSSP y JV durarán en sus funciones dos años y no podrán ser reelectos. Presidente y Secretario duran en funciones tres años, pudiendo ser reelectos . Art. 14 CSSP d) Autoriza apertura y funcionamiento de todo tipo de negocio privado en salud, y los clausura por infracciones a este Código . Art. 14 f) CSSP elabora reglamentos de organismos y establecimientos bajo su control y envía al Órgano Ejecutivo por medio del MINSAL para su aprobación. Art.14, j) Establece y regula el servicio obligatorio de turno para médicos y establecimientos médicos y farmacéuticos .	CS Art.14 p) CSSP elabora <u>su</u> presupuesto y coordina los de JV, para proponerlos al Órgano Ejecutivo por medio del <u>Ramo de Salud Pública y Asistencia Social</u> .			CS 1988 Art. 18. Patrimonio del CSSP constituido por aportes del Estado y tiene amplia libertad para recibir fondos del sector privado .	CS 1988 Cons. IV CSSP tiene <u>facultades para suspender ejercicio profesional de miembros de los gremios bajo su control</u> . CS 1988 Art. 14, b) CSSP vigila funcionamiento de organismos, instituciones y dependencias de salud del Estado.				
											
	<i>Juntas de Vigilancia de profesiones</i>	CS 1988 Art.17 a) JV lleva registro de profesionales de su ramo. Art.17 ch) JV formula anteproyectos de Ley y sus reglamentos para cada profesión, sometiéndolos a consideración del CSSP.	CS 1988 Art.17 i) JV elabora su ante proyecto de presupuesto.				CS 1988 Art.17 c) JV vigila ejercicio de la profesión correspondiente. Art.17 JV j) impone sanciones.				
	<i>Ente rector MINSAL</i>	CS 1988 Art. 265.- MINSAL recolecta, clasifica, tabula, interpreta, analiza y publica datos en colaboración con organismos involucrados.	CS Art. 40.- MINSAL planifica PNS.	CS 1988 Art. 40.- MINSAL coordina actividades. Art.41 2) MINSAL establece colaboración con demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio.						CS Art. 40. MINSAL evalúa ejecución de actividades en Salud.	

Paso 2: Decreto Legislativo 447 de 2007

El paso 2 lo constituye el Decreto Legislativo de 2007 (DL447-2007) que comienza por quitarle al CSSP todas las funciones que le amplió el Código de Salud de 1998, restándole solamente la función de vigilar el ejercicio de las profesiones, tal como se establece en la Constitución Nacional. El siguiente énfasis puede observarse en la búsqueda de establecer la potestad rectora del MINSAL, lo que sin embargo hace con cláusulas reiterativas que tanto sostienen como dudan de la efectividad de dicha rectoría.

Por último y probablemente en la búsqueda de un mayor apoyo a la potestad rectora del MINSAL introduce la primera de una larga lista de entelequias rectoras con el llamado “*sistema nacional de salud*”, es decir, una situación perfecta e ideal a alcanzar, pero que no existe en la práctica. Como veremos, esta idea de introducir entelequias rectoras será retomada por los siguientes embates legislativos, pero en esos casos para secuestrarle nuevamente la potestad rectora al MINSAL. Asimismo, cabe señalar que si bien el DL447-2007 busca fortalecer la rectoría del MINSAL deja igualmente todo tipo de vacíos de funciones en la mayor parte de los sistemas y niveles de gobernanza. No obstante y a pesar de todas las debilidades señaladas, constituyó el cuerpo normativo que buscó con mayor firmeza dotar al país de una verdadera gobernanza en el sector de salud.

Cuadro 12: Estructura de gestión del sistema de salud según Decreto Legislativo 447 de 2007

	información	normalización	planificación/ presupuestación	articulación	administración	financiamiento	supervisión	monitoreo	control	evaluación resultados	evaluación impactos
Entelequias rectoras 1 Sistema Nacional de Salud		D442-SNS 2007 Art. 1.- Créase el SNS que estará constituido por instituciones que forman parte de la administración pública.									
Ente rector Consejo Superior de Salud Pública (1958)		D442-SNS Art.2 C SSP en el marco del SNS, cumplirá las funciones que constitucionalmente le han sido atribuidas.									
Ente rector MINSAL	D442-SNS 2007 Art. 12.- MINSAL podrá requerir a cualquier miembro del "S" la información que considere necesaria, estando obligados a entregarla.	D442-SNS 2007 Cons. IX. Es necesario que SNS cuente con efectiva rectoría del MINSAL. Art. 6.- MINSAL, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la PNS de manera conjunta con miembros del SNS. Art. 8.- Para hacer efectiva la PNS, MINSAL ejerce rectoría del SNS, en virtud de lo cual le compete coordinar, conducir y controlar el "S" . Art. 9.- MINSAL, como rector del SNS formula y conduce PNS.		D442-SNS 2007 Cons. VI. Una de las principales debilidades del sector que obstaculiza implementar una PNS, es la dispersión y no articulación con que trabajan los diferentes actores que intervienen en su gestión. Art. 8.- Para hacer efectiva la ejecución de la PNS, MINSAL ejercerá la rectoría del SNS, por lo cual le compete coordinar el "S". Art.6 b) MINSAL regula funcionamiento y coordina el SNS. D442-SNS 2007 Cons. VIII. Es necesario crear una visión unificada de la gestión para optimizar recursos disponibles, mediante integración, coordinación, sistematización y diversificación de funciones. Art. 10. - Los miembros del "S" tienen obligación expresa de coordinar. Art. 11.- Las entidades que constituyen el "S" deberán reunirse de forma obligatoria , siempre que el ente rector lo considere conveniente.					D442-SNS Art. 8.- Para hacer efectiva la rectoría del SNS, en virtud de lo cual le compete controlar el Sistema.		



Paso 3: Decreto 82 de 2008

Paradójicamente, en el siguiente año la Presidencia de la República establece el reglamento de la ley contenida en el Decreto Legislativo 447 del 2007, el que contradice por completo la ley que reglamenta y por ende debería haber sido declarado como inconstitucional de inmediato, lo que no sucedió.

En efecto, el Decreto 82 de 2008 (D82-2008) comienza por establecer nuevas entelequias rectoras – *la acción coordinada de los miembros del sistema, el modelo de provisión* -, como así también nuevas instancias rectoras de las entelequias rectoras, como el Consejo Directivo y el Consejo Técnico del sistema, todas las cuales se inscriben en una visión de rectoría por consenso, dónde los rectores serían todos los miembros del sistema, y lo harían efectivo mediante convenios entre las partes. Vale decir, una integración, articulación y rectoría del sistema mediante convenios horizontales en igualdad de jerarquía entre los diversos miembros del sistema. Una rectoría por consenso y conveniada. No debe escapar al análisis, que una imposible rectoría de este tipo alienta

en extremo la fragmentación del sistema y particularmente de sus compras, todo lo cual va en beneficio de las corporaciones proveedoras del sistema.

A estos efectos, previamente se degrada la política gubernamental de salud a la mera provisión de “líneas estratégicas”, ya que la acción coordinada de los miembros del sistema es la que desarrollará las acciones concretas, o bien se define un “modelo de provisión” con un conjunto reiterado de definiciones ambiguas para finalmente ocuparse de su “funcionalidad”, la que estará asegurada por los mencionados convenios horizontales entre los miembros del sistema.

Así como el DL447-2007 constituyó, a pesar de sus debilidades, el cuerpo normativo que buscó con mayor firmeza dotar al país de una verdadera gobernanza en el sector de salud, su reglamento contenido en el D82-2008 pretendió todo lo contrario.

Cuadro 13: Estructura de gestión del sistema de salud según Decreto 82 de 2008

	información	normalización	planificación/ presupuestación	articulación	administración	financiamiento	supervisión	monitoreo	control	evaluación resultados	evaluación impactos	
		D82 (2008) REG-SNS Art. 15.- PNS provee <u>líneas estratégicas</u> para que miembros del “S” impulsen y coordinen <u>acciones concretas</u> . Art. 16.- PNS tendrá por objetivo alcanzar, <u>gradualmente</u> , cobertura universal, mejorar calidad y garantizar equidad y acceso, <u>teniendo como principal mecanismo la actuación coordinada de miembros del “S”</u> .		D82 (2008) REG-SNS Art. 25.- El Modelo de Provisión (MP) es la organización de establecimientos de miembros del “S” en redes funcionales. Art. 26.- MP tendrá como objeto la ampliación de cobertura y acceso, <u>así como establecer mecanismos para implementar una red funcional que articule los niveles de atención de cada uno de los miembros del “S”</u> . Art. 27.- Los miembros del “S”, <u>según su propia normativa</u> , organizarán su red de prestación de servicios en los tres niveles de atención. Art. 28.- Para la <u>funcionalidad</u> del MP, las instituciones del “S” definirán mecanismos de <u>referencia y retorno</u> (?) entre sí, <u>mediante convenios</u> .								
				D82 (2008) REG-SNS Art. 5.- Para su <u>coordinación</u> , el “S” estará organizado en un Comité Directivo (CD); y un Comité Técnico (CT). Art. 6.- CD estará integrado por cada institución del “S” y será presidido por el Ministro. Art. 7.- El CT está integrado por cada institución del “S” y su función es <u>coordinar la implementación</u> de las directrices del MINSAL en aplicación de la PNS.								
		D82(2008) REG-SNS Art. 14.- MINSAL coordina y conduce el “S” <u>en actuaciones oficiales que éste realice</u> ; b) conduce análisis de situación de salud para definir prioridades; c) <u>coordina proceso para la formulación</u> de PNS; e) <u>requiere participación y apoyo de los colaboradores del “S” para la correcta ejecución de PNS</u> ; f) informa al Presidente de la República grado de cumplimiento de PNS; g) coordina <u>procesos para construcción de consenso de actores</u> y disponibilidad de recursos en función de prioridades de PNS; h) <u>propone a miembros del “S” directrices para elaboración de normativa relacionada con PNS</u> ; i) <u>define lineamientos que garanticen la articulación</u> y complementación de servicios de atención integral; y, j) oficializa el modelo de atención y el de provisión que establece el “S”.		D82 (2008) REG-SNS Art. 12.- <u>A solicitud del rector del “S” y cuando las circunstancias así lo ameriten, los colaboradores deben participar y colaborar con el “S” en forma armónica y consensuada, a través de convenios específicos</u> .								



Paso 4: Hoja de Ruta hacia Acceso y Cobertura Universal de Salud 2016 (HR 2016)

Si bien la Hoja de Ruta 2016 no constituye un cuerpo normativo propiamente dicho, sí ha incidido en la discusión nacional acerca de la reforma del sistema de salud y por esta razón es considerada en este análisis.

Aun cuando la Hoja de Ruta tiene aciertos al establecer que *“fortalecer rectoría y gobernanza del sistema implica el desarrollo de capacidades y un nuevo ordenamiento jurídico, entre ellos una ley orgánica de MINSAL que permita consolidar su estructura, una revisión a la Ley del SNS que fortalezca su capacidad rectora y una revisión profunda del marco jurídico del SNS que permita superar contradicciones y vacíos actuales”*, por otro lado vuelve a consolidar instancias que secuestran dicha rectoría al MINSAL cuando propone *“fortalecer institucionalidad del Consejo Directivo del sistema en formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas para la gestión integrada de servicios”*, o bien busca agregar nuevas instancias al plantear *“elevar CISALUD a Consejo Nacional de Salud como instancia intersectorial que coordina y propicia formulación de políticas públicas, replicando su experiencia en instancias territoriales (consejos de gestión departamental, municipal y local).”*

En este último caso la estrategia no podía ser más equivocada, ignorando la amplia experiencia comparada en América Latina por la que las instancias de coordinación territorial difícilmente logran funcionar como instancias macro de coordinación interministerial e interinstitucional.

Cuadro 14: Estructura de gestión del sistema de salud según Hoja de Ruta 2016

	información	normalización	planificación/ presupuestación	articulación	administración	financiamiento	supervisión	monitoreo	control	evaluación resultados	evaluación impactos
Entelequias rectoras 2		HR 2016 “ Elevar ” CISALUD a Consejo Nacional de Salud como instancia intersectorial que coordina y propicia formulación de políticas públicas, replicando su experiencia en instancias territoriales (consejos de gestión departamental, municipal y local).									
Entelequias rectoras 1 Sistema Nacional de Salud				HR 2016 Fortalecer institucionalidad del CD del “S” en formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas para la gestión integrada de servicios.							
Ente rector MINSAL	HR 2016 Avanzar a un sistema único de información (SUI), con expediente electrónico compartido.	HR 2016 Fortalecer rectoría y gobernanza del “S” implica el desarrollo de capacidades y un nuevo ordenamiento jurídico , entre ellos una ley orgánica de MINSAL que permita consolidar su estructura , una revisión a la Ley del SNS que fortalezca su capacidad rectora y una revisión profunda del marco jurídico del SNS que permita superar contradicciones y vacíos actuales .									



Paso 5: Proyecto de Ley del SNIS de 2019

El primer cometido del proyecto del ley del Sistema Nacional Integrado de Salud es la derogación del Decreto Legislativo 447 de 2007 y por ende del Decreto Presidencial 82 del 2008, a fin de preparar una nueva legislación en la materia, pero anuncia más de la misma confusión con nuevas

contradicciones, superposiciones y vacíos de funciones en la mayor parte de los sistemas, así como en los niveles de gobernanza intermedios y ejecutores, estableciendo una rectoría limitada del MINSAL a la coordinación/articulación/integración, que es todo lo mismo, así como a la regulación y representación del sistema, y restableciendo la idea de un sistema basado en convenios horizontales entre las partes, y restableciendo también potestades del CSSP en la supervisión del ente rector MINSAL. En definitiva, más de lo mismo que no ha funcionado en los últimos 20 años.

Cuadro 15: Estructura de gestión del sistema de salud según Hoja de Ruta 2016

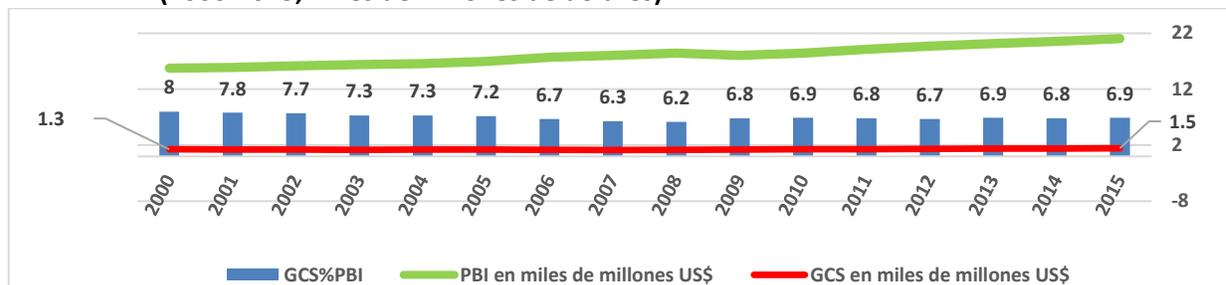
	información	normalización	planificación/ presupuestación	articulación	administración	financiamiento	supervisión	monitoreo	control	evaluación resultados	evaluación impactos
Entelequias rectoras 1 Sistema Nacional de Salud						SNIS 2019 Art.21.- Para su gestión financiera el "S" implementará un mecanismo para establecer costos de prestaciones, compras conjuntas y compensación por servicios entre las instituciones.					
Ente rector Consejo Superior de Salud Pública		SNIS 2019 Art. 16.- El CSSP a) certifica los servicios que prestan los establecimientos públicos y privados. La recertificación será cada cinco años.					Art. 30.- CSSP supervisa y evalúa ejecución de normativa y protocolos sobre garantía de la calidad de los servicios, incluyendo al MINSAL como prestador de servicios.				
Ente rector MINSAL	SNIS 2019 Art. 8.- Son atribuciones (?) de integrantes del "S": g) trasladar con carácter obligatorio sus aportes al SUI. Art. 24.- El SUI tendrá una estructura mínima y funcional, que abarca: datos de salud, estadísticas e indicadores. (Nada sobre la gestión del "S" en cada una de sus entidades). Art. 26.- Los integrantes del "S" crearán un Expediente Médico Único digital por cada usuario; disponible para todos los prestadores públicos.	SNIS 2019 Art. 13.- El MINSAL será el ente rector del "S", en lo concerniente a coordinar, integrar y regular el mismo, asumiendo su representación. SNIS 2019 Art. 39.- Derogase D442 2007, que contiene la Ley de Creación del SNS.		SNIS 2019 CONSS Es preciso avanzar hacia la integración del "S", creando un nuevo cuerpo normativo. Art. 8.- Son atribuciones de los integrantes del "S": d) proponer reformas en sus marcos jurídicos para la articulación e integración del "S"; h) celebrar convenios entre los distintos miembros del "S" para complementar la atención de la población.							



ANEXO 2: INDICADORES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

El gasto corriente en salud (GCS) en El Salvador (público + privado), si bien ha retrocedido como % del PBI (indicador siempre confuso porque tiende a reflejar solamente las variaciones del PBI), crece lento pero constante en monto real, pasando de 1,3 miles de millones de US\$ en 2000 a 1,5 en 2015, tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 16: Evolución del GCS en El Salvador en dólares corrientes y como % del PBI (2000-2015, miles de millones de dólares)



Fuente: OMS <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDPSHA2011v?lang=en>

Los principales indicadores de financiamiento de la salud de El Salvador se encuentran a mitad de tabla en comparación con un seleccionado conjunto de países, que incluye modelos exitosos pero también contrapuestos, como Japón y Singapur, entre centralismo y descentralización, alto y bajo gasto público y otras variables de primera importancia.

En relación a este conjunto de países seleccionados a efectos comparativos: i) países líderes actualmente en materia de salud pública como Japón, Singapur, Francia y Alemania; ii) también Uruguay y Costa Rica como ejemplos relativos en la región; iii) México como país de bajo costo y calidad media; y iv) los países del triángulo norte, Guatemala, El Salvador y Honduras, se observa que el porcentaje de gasto corriente en salud (GCS) sobre el PBI no es garantía de un sistema de salud de cobertura universal y alta calidad. Singapur cuenta con un sistema de cobertura universal y alta calidad, con un bajo gasto corriente en salud, expresado como porcentaje del PBI. Uruguay tiene un costoso sistema de salud, pero con una fuerte caída de calidad en los últimos años. El Salvador se encuentra en un porcentaje medio de GCS como porcentaje del PBI, a saber, un 6,9%.

Cuadro 17: GCS como % del PBI – países seleccionados (2015)



Fuente: OMS <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDPSHA2011v?lang=en>

Asimismo, en otros indicadores de financiamiento de la salud como, por ejemplo, el porcentaje del gasto en salud pública (GSP) en el total del gasto en salud (estatal + privado), El Salvador también se encuentra a mitad de tabla entre países que como Uruguay y Francia cuentan con sistemas de alto gasto público y calidad media y alta respectivamente, y otros países que también ofreciendo

calidad media y alta como México y Singapur respectivamente, lo hacen con un bajo gasto público (Singapur) o un bajo gasto total (México).

Cuadro 18: GSP como % del gasto total en salud – países seleccionados (2015)



Fuente: OMS <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDCHESHA2011?lang=en>

El gasto en salud per cápita en El Salvador se ubicó en US\$ 283,2 en el año 2015.¹⁷ Sin embargo, esta cifra aislada no nos informa sobre el nivel de financiamiento que la sociedad y el Estado dedican a la salud. ¿Cuánto representan US\$ 283,2 para cada ciudadano y ciudadana de El Salvador? Para ello, conviene observar el gasto per cápita en salud como porcentaje del pbi per cápita. Nuevamente en el cuadro siguiente, se observa que El Salvador se encuentra a mitad de tabla entre los países comparados.

Cuadro 19: Gasto en salud per cápita como % del PBI per cápita

	Gasto en salud per cápita (en US\$)	PBI per cápita (en US\$)	Gasto en salud per cápita como % de pbi per cápita
Singapur	2280,3	54.941	4,2%
Guatemala	224,5	3.924	5,7%
México	534,8	9.298	5,8%
Honduras	176,6	2.341	7,5%
El Salvador	283,2	3.670	7,7%
Costa Rica	929,1	11.393	8,2%
Uruguay	1281,3	15.525	8,3%
Japón	3732,6	34.568	10,8%
Francia	4026,1	36.613	11,0%

Fuente: OMS <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHePCUSSHA2011?lang=en>

¹⁷ En dólares corrientes, o bien US\$ 578,5 en PPP int\$.

ANEXO 3: MATRIZ DE EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Cuadro 20: Matriz de evaluación

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos
PERTINENCIA TEORIA DEL CAMBIO ¿En qué medida el PNUD ha respondido a las necesidades institucionales y de las personas afectadas?	¿En qué medida el PNUD ha respondido a las necesidades institucionales?	¿En qué medida el MINSAL cuenta con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?	¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal del MINSAL durante el período de apoyo?	Corte de Cuentas de la Nación / Ministerio de Hacienda / MINSAL	Información secundaria disponible en web o a solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución presupuestal 70%	Análisis de serie
		¿En qué medida se ha logrado una reducción de costos de medicamentos en los proyectos apoyados?	ISSS / PNTB / ISBM / FOPROLYD	Contabilidad de precios de medicamentos en los proyectos apoyados	Evolución de precios en el período apoyado	Análisis de series	
		¿En qué medida el ISSS cuenta con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?	¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal (% de la inversión pública ejecutada) del ISSS durante el período de apoyo?	Corte de Cuentas de la Nación / Ministerio de Hacienda	Información secundaria disponible en web o a solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución presupuestal 70%	Información secundaria / análisis de serie
		¿Cuál ha sido la evolución de la mora?	ISSS	Solicitud a ISSS	5 – 7% del total de la cartera a cobrar anual (<i>propuesta del experto</i>)	Información secundaria / análisis de serie	
		¿En qué medida la normativa vigente es favorable, neutral o adversa a la recuperación de la mora?	Normativa vigente (marco legal)	Análisis técnico normativo	Normativa favorable	Análisis cualitativo basado en la normativa vigente	
		¿En qué medida el PNTB cuenta con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?	¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal del PNTB durante el período de apoyo?	Corte de Cuentas de la Nación / Ministerio de Hacienda	Información secundaria disponible en web o a solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución presupuestal 70%	Información secundaria / análisis de serie
		¿Cuál ha sido la evolución de la Tasa de Incidencia de TB?	OMS	Disponible en web	Decreciente Comparación con países ejemplo seleccionados	Análisis de serie histórica	
		¿En qué medida el ISBM cuenta con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?	¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal (% de la inversión pública ejecutada) del ISBM durante el período de apoyo?	Corte de Cuentas de la Nación / Ministerio de Hacienda	Información secundaria disponible en web o a solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • % de presupuesto en atención en salud ejecutado Línea base de 95% (2015) Meta de 96,5% (2019)	Información secundaria / análisis de serie
		¿En qué medida FOPROLYD cuenta con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local?	¿En qué medida se ha incrementado la ejecución presupuestal de FOPROLYD durante el período de apoyo?	Corte de Cuentas de la Nación / Ministerio de Hacienda / FOPROLYD	Información secundaria disponible en web o a solicitud	% de presupuesto ejecutado	Análisis de serie
		¿Qué porcentaje de la población meta con desagregación por género, recibe los	FOPROLYD	Registros de personas beneficiarias de FOPROLYD / Diagnóstico de necesidades	90%	Reconstrucción de línea base / análisis de evolución del número de	

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos
			beneficios prestados por FOPROLYD conforme al diagnóstico de necesidades?				personas beneficiarias
			¿En qué medida se ha incrementado la inversión promedio en prestaciones por personas beneficiaria?	FOPROLYD	Estados financieros anuales de FOPROLYD con detalle de inversiones realizadas / Registro de prestaciones y personas beneficiarias	15%	Reconstrucción de línea base / Evolución de la inversión anual en prestaciones / Evolución del número de personas beneficiarias
	¿En qué medida el PNUD ha respondido a las necesidades de las personas afectadas?	¿En qué medida se ha respondido a las necesidades de las personas beneficiarias del ISSS?	¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios • en general con los servicios de salud recibidos? • con la disponibilidad de medicamentos? (con desagregación por género)	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Muy insatisfecho • Insatisfecho • Aceptable • Satisfecho • Muy satisfecho % de satisfechos suman desde aceptable a muy satisfecho	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			Pregunta adicional a usuarias: ¿Observa falta de igualdad entre géneros en la atención recibida?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Mejores • Iguales • Peores	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			¿Considera que la facilidad de acceso a los servicios de salud del ISSS en San Salvador es mayor, igual o menor que en otros puntos del país?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Mayor • Igual • Menor	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios • en general con los servicios recibidos? • con la disponibilidad de medicamentos? (con desagregación por género)	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Muy insatisfecho • Insatisfecho • Aceptable • Satisfecho • Muy satisfecho % de satisfechos suman desde aceptable a muy satisfecho	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
		¿En qué medida se ha respondido a las necesidades de las personas beneficiarias del PNTB?	Pregunta adicional a usuarias: ¿Observa falta de igualdad entre géneros en la atención recibida?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Mejores • Iguales • Peores	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			¿Considera que la facilidad de acceso a los servicios del PNTB en San Salvador es mayor, igual o menor que en otros puntos del país?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Mayor • Igual • Menor	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Muy insatisfecho • Insatisfecho • Aceptable • Satisfecho	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos
		beneficiarios del ISBM?	<ul style="list-style-type: none"> en general con los servicios de salud recibidos? con la disponibilidad de medicamentos? (con desagregación por género) 			<ul style="list-style-type: none"> Muy satisfecho % de satisfechos suman desde aceptable a muy satisfecho 	y análisis estadísticos aceptados
			Pregunta adicional a usuarias: ¿Considera que la atención es mejor, igual o peor en relación a los hombres?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: <ul style="list-style-type: none"> Mejores Iguales Peores 	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			¿Considera que la facilidad de acceso a los servicios del ISBM en San Salvador es mayor, igual o menor que en otros puntos del país?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: <ul style="list-style-type: none"> Mayor Igual Menor 	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
		¿En qué medida se ha respondido a las necesidades de las personas beneficiarias de FOPROLYD?	¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios <ul style="list-style-type: none"> en general con los servicios recibidos? con la disponibilidad de prótesis? con la disponibilidad de medicamentos? (con desagregación por género) 	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: <ul style="list-style-type: none"> Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho % de satisfechos suman desde aceptable a muy satisfecho	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			Pregunta adicional a usuarias: ¿Observa falta de igualdad entre géneros en la atención recibida?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: <ul style="list-style-type: none"> Mejores Iguales Peores 	Análisis cuali cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
EFICIENCIA	¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado? ¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué?	REVISIÓN DE LÓGICA DE INTERVENCIÓN	¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado en cada uno de los proyectos apoyados? ¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué, en cada uno de los proyectos apoyados?	PNUD	Documentación recibida	Implementaciones y adecuaciones en línea con los objetivos	Análisis evaluativo final
		EFICIENCIA EN FUNCIÓN DE LOS COSTOS	¿En qué medida ha sido eficiente la utilización de los recursos para entregar los resultados?	Entidades asociadas en la implementación	Solicitud a las entidades correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> Monto y evolución de los costos unitarios de los proyectos por servicio prestado Tendencia decreciente	Información primaria / análisis de series
		EFICIENCIA EN FUNCIÓN DE IMPACTOS	¿Cuál ha sido la relación entre el costo de la	Entidades asociadas en la implementación	Solicitud a las entidades correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> Relación entre el costo de la intervención 	Información primaria /

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos
			intervención versus el ahorro generado en cada uno de los proyectos por reducciones de precios de bienes y servicios o reducción de pérdidas?			versus el ahorro generado en cada uno de los proyectos por reducciones de precios de bienes y servicios o reducción de pérdidas Relación positiva: los ahorros superan los costos	análisis costo-beneficio
		EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EN FUNCIÓN DE RESULTADOS	¿Cuál ha sido la efectividad de las prácticas de monitoreo y evaluación del PNUD para la gestión efectiva de los proyectos, en función de los resultados alcanzados?	PNUD	Documentación recibida	Efectividad persistente (implica adopción por la contraparte)	Análisis evaluativo final
EFECTIVIDAD	¿Se han logrado los resultados esperados? ¿Cuál ha sido el valor agregado del PNUD?	EVALUACIÓN DE RESULTADOS CONTRA MARCO LÓGICO	¿Cuáles han sido los resultados alcanzados en cada proyecto en relación a los objetivos trazados, sean directos o indirectos, negativos o positivos?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Metas	Evaluación de resultados contra marco lógico
			¿Cuál ha sido la contribución de esos resultados para el logro de la cobertura y el acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de salud?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Metas	Evaluación de resultados contra marco lógico
		EVALUACIÓN DE RESULTADOS POR LA DEMANDA	CALIDAD ¿Cuál ha sido el grado de calidad en general del servicio prestado en cada proyecto, según la opinión de los usuarios? (con desagregación por género)	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Alta • Aceptable • Baja	Análisis cuali-cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			CALIDEZ ¿Cuál ha sido el grado de amabilidad y cordialidad brindada por • el personal médico y de enfermería? • el personal de enfermería?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: • Alto • Aceptable • Bajo	Análisis cuali-cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
			PUNTUALIDAD ¿Cuál ha sido la puntualidad de la prestación del servicio en cada proyecto por parte del personal médico?	Relevamiento de información primaria	Encuesta a usuarios en puntos de atención de los servicios	Escala de valores: Puntual Aceptable Impuntual	Análisis cuali-cuantitativo basado en métodos de procesamiento y análisis estadísticos aceptados
		ADICIONALIDAD	¿Cuál ha sido el valor agregado de la intervención PNUD en cada uno de los proyectos?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos
			¿En qué medida la estrategia de alianzas en cada proyecto brindó la necesaria articulación institucional?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo
			¿En qué medida se contribuyó a la equidad de género?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo
SOSTENIBILIDAD	¿Son sostenibles los resultados? ¿Se diseñaron y planificaron acciones para la sostenibilidad? ¿Qué se podría hacer para fortalecer la sostenibilidad de los resultados?	PERMANENCIA DE LA INTERVENCIÓN	En cada proyecto, ¿las acciones deben mantenerse?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo
		SOSTENIBILIDAD DE ACCIONES Y ESTRATEGIA DE SALIDA	¿Son sostenibles los resultados alcanzados en cada proyecto?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo
			¿Se estableció en cada proyecto una estrategia de salida con criterios e indicadores verificables?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Si/No	Análisis cualitativo
			¿Están definidos los planes de sostenibilidad de cada uno de los proyectos, incluyendo registro y socialización de las lecciones aprendidas?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Si/No	Análisis cualitativo
		SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	¿Los costos recurrentes de las acciones realizadas han sido / serán asumidos por las instituciones involucradas?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	<ul style="list-style-type: none"> Costos recurrentes Plena cobertura por entidad asociada a la implementación	Análisis presupuestal
		SOSTENIBILIDAD JURIDICA	¿Los marcos legales, de política y estructuras de gobernabilidad y procesos en los que opera cada uno de los proyectos son favorables, neutrales o ponen en riesgo los avances logrados?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Favorable / Neutral / Adverso	Análisis cualitativo
			¿Es la normativa vigente y por ende la política y la estructura de gobernabilidad y procesos del sistema de salud adversa, neutral o favorable a la sostenibilidad de las acciones?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	Favorable / Neutral / Adverso	Análisis cualitativo
			¿Qué se podría hacer para fortalecer la sostenibilidad de los resultados?	PNUD / entidades asociadas a la implementación	Documentación recibida / entrevistas en profundidad con las entidades asociadas en la implementación	(Evaluativo final)	Análisis cualitativo

ANEXO 4: MAPA DE PARTES INTERESADAS

Las partes interesadas y las personas involucradas se listan en la siguiente tabla entregada al experto por el PNUD. Tanto las entidades como todas estas personas comprometidas con el portafolio del PNUD en Salud serán visitadas por el experto del modo que se detalla en esta metodología y de acuerdo con convocatoria a discreción de PNUD. A todos nuestro agradecimiento por su cooperación.

Cuadro 21: Partes interesadas

INSTITUCIÓN	TITULAR	CARGO
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Rafael Antonio Coto	Director presidente
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Johsnny Gómez	Jefe de la división de servicios médicos
Ministerio de Salud	Violeta Menjívar	Ministra de Salud
Ministerio de Salud	Julio Garay	Coordinador Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Ricardo Cea	Director
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Blanca Patricia Munguía	Jefa de la División de Abastecimiento
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Milton Escobar	Sub director de Salud
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Nuria Hernández	Jefa División de Aseguramiento y Beneficios Sociales
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Rosa Olimpia Quintanilla de Alfaro	Jefa Oficina Asistencia Técnica de Seguridad Social
FOPROLYD	Irma Segunda Amaya	Presidenta de la Junta directiva
FOPROLYD	Eberhardo O. Ethelwoldo Argueta A.	Subgerente
PNUD	Mónica Merino	Representante Residente Adjunta
PNUD	Rafael Pleitez	Representante Residente Auxiliar - Programa
PNUD	Patricia Montalván	Oficial de Programa
PNUD	José David Pérez	Analista de Adquisiciones
PNUD	Silvia Vides	Oficial de Programa
PNUD	Silvia Guzmán	Analista de Gerencia - Punto focal de evaluación
OPS/OMS	Carlos Garzón	Representante OPS-OMS
ONUSIDA	Celina Martínez de Miranda	Oficial de País
GFATM, Ginebra	Carmen González	Portfolio Manager
PNUD, Ginebra	Clemente San Sebastián	Equipo de Apoyo a la Implementación de Iniciativas Sanitarias del PNUD, Ginebra.
Ministerio de Relaciones Exteriores	Ana Vásquez	Directora de Cooperación Internacional

ANEXO 5: LISTA DE INDIVIDUOS ENTREVISTADOS Y LUGARES VISITADOS

Lunes, Mayo 27

Location: Edificio de Naciones Unidas, Nivel 4.

Time	Session	Address
01:30 – 02:30 p.m.	Reunión de inicio son Silvia Guzmán, Analista de Gerencia.	Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad.
02:30 - 03:30 p.m.	Reunión de inicio a la “Evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud”.	
4:30 - 5:30 p.m.	Reunión con Silvia Vides, Oficial de Programas PNUD.	

Martes, Mayo 28

Location: Oficinas Centrales del FOPROLYD y Oficinas Centrales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

Time	Session	Address
10:30 - 11:30 a.m.	Reunión con autoridades del Proyecto FOPROLYD (Ingrid Martel, Jefatura de Unidad de prestaciones y rehabilitación, y Eberhardo O. Ethelwoldo Argueta A. Sub-Gerente de FOPROLYD y coordinador del Proyecto PNUD-FOPROLYD).	Edificio Foprolyd, entre 2° y 4° Av. Norte y Alameda Juan Pablo II, N°428 San Salvador. Unidad de prestaciones y Rehabilitación.
Libre	Libre	Libre.
2:00 p.m.-3:00 p.m.	Reunión con las autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Milton Escobar, Sub Director, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Alameda Juan Pablo II y 39 avenida norte, Condominio El Salvador, costado sur de Metrocentro, San Salvador.

Miércoles, Mayo 29

Location: Oficinas Centrales del ISBM sala de reunión de Presidencia y Oficinas del MINSAL.

Time	Session	Address
09:00 - 10:30 a.m.	Reunión con autoridades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). Con Rafael Antonio Coto López, Director	Colonia Medica No. 1349, Calle Guadalupe, San Salvador.

	<i>Presidente del ISBM, Johnsny Eddie Gómez López, Jefe de la División de Servicios de Salud ISBM, Jorge Avelino González Montenegro, Subdirector de salud ISBM, Dinora Judith Rivera García, Técnico de Gestión químico-farmacéutico. Heidy Valdivieso, Técnico especializado en adquisiciones y contrataciones institucional ISBM.</i>	
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre.</i>
01:30 - 2:30 p.m.	<i>Reunión con autoridades del Ministerio de Salud (MINSAL). Con Dr. Julio Garay Ramos Coordinador Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Ministerio de Salud.</i>	<i>Calle Arce No.827. Ciudad: San Salvador.</i>

Jueves, Mayo 30

Location: Oficinas Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

Time	Session	Address
8:30 – 9:00 a.m.	<i>Reunión con los equipos de las Área de Abastecimiento y Área de Cooperación del ISSS. (Pendiente de confirmar asistentes del equipo de trabajo ISSS)</i>	<i>Alameda Juan Pablo II y 39 avenida norte, Condominio El Salvador, costado sur de Metrocentro, San Salvador.</i>
11:30-12:30 a.m.	<i>Reunión con Patricia Montalván, Oficial de Programas PNUD.</i>	<i>Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad.</i>

Viernes, Mayo 31

Location: Edificio de Naciones Unidas, Nivel 4

Time	Session	Address
9:00 - 10:00 a.m.	<i>Reunión con Xenia Díaz, Analista de Género PNUD.</i>	<i>Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad, Nivel 4</i>
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre</i>
11:30 a.m.-12:30 p.m.	<i>Reunión con Rafael Pleitez, Representante Residente Auxiliar PNUD.</i>	<i>Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad, Nivel 4</i>
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre</i>

Lunes, Junio 3

Location: Libre

Time	Session	Address
------	---------	---------

8:00 a.m. a 9:30 a.m.	<i>Teleconferencia con Clemente San Sebastián, Senior Advisor del Equipo de Apoyo a la Implementación de Iniciativas Sanitarias del PNUD, Ginebra</i>	<i>Libre.</i>
Libre	<i>Libre</i>	

Martes, Junio 4

Location: Edificio de Naciones Unidas, Nivel 3 y 4

Time	Session	Address
08:00 a.m. a 09:00 a.m.	<i>Teleconferencia con Jaime Briz de Felipe, Gerente de Cartera del Fondo Mundial para El Salvador.</i>	<i>Libre</i>
09:00 a.m. a 10:00 a.m.	<i>Reunión con Silvia Guzmán, Analista de Gerencia PNUD.</i>	<i>Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad, Nivel 4</i>
10:00 a.m. a 11:00 a.m.	<i>Reunión con José David Pérez, Analista de Adquisiciones PNUD.</i>	<i>Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad, Nivel 3</i>
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre</i>

Miércoles, Junio 5

Location: Libre

Time	Session	Address
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre</i>
08:00 a 09:00 a.m.	<i>Reunión con autoridades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). Johsny Eddie Gómez López, Jefe de la División de Servicios de Salud ISBM, Jorge Avelino González Montenegro, Subdirector de salud ISBM, Dinora Judith Rivera García, Técnico de Gestión químico-farmacéutico. Heidy Valdivieso, Técnico especializado en adquisiciones y contrataciones institucional ISBM.</i>	<i>Colonia Medica No. 1349, Calle Guadalupe, San Salvador.</i>
10:00 a.m. a 12:00 m	<i>Reunión con los equipos de las Área de Abastecimiento y Área de Cooperación del ISSS. (Pendiente de confirmar asistentes del equipo de trabajo ISSS)</i>	<i>Alameda Juan Pablo II y 39 avenida norte, Condominio El Salvador, costado sur de Metrocentro, San Salvador. Tercer Nivel, Departamento de cooperación externa, con Adriana Carranza.</i>

2:00 a 3:30 p.m.	Reunión con autoridades del Proyecto FOPROLYD (Ingrid Martel, Jefatura de Unidad de prestaciones y rehabilitación, y Eberhardo O. Ethelwoldo Argueta A. Sub-Gerente de FOPROLYD y coordinador del Proyecto PNUD-FOPROLYD).	Edificio Foprolyd, entre 2° y 4° Av. Norte y Alameda Juan Pablo II, N°428 San Salvador. Unidad de prestaciones y Rehabilitación.
Libre	Libre	Libre

Jueves, Junio 6

Location: Libre

Time	Session	Address
Libre	Libre	Libre
11:00 a 1:00 p.m.	Teleconferencia Vía Skype con Celina Miranda, Coordinadora ONUSIDA El Salvador.	Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur 2B, Santa Elena, La Libertad. Nivel 3 Sala de reuniones frente a recepción.
Libre	Libre	Libre

Viernes, Junio 7

Location: Oficinas del Ministerio de Salud

Time	Session	Address
08:00 a 9:30 a.m.	Reunión con Dr. Gilberto Ayala, del Ministerio de Salud.	Calle Arce No.827. Ciudad: San Salvador.
Libre	Libre	Libre

Miércoles, Julio 10

Location: Hotel Sheraton Presidente.

Time	Session	Address
05:00 a 6:30 p.m.	Reunión con Jaime Briz de Felipe y Carmen Gonzalez del Fondo Global.	Avenida De La Revolución, San Salvador
Libre	Libre	Libre

Lunes, Julio 15

Location: Oficinas del BID.

Time	Session	Address
03:00 a 4:30 p.m.	<i>Reunión con María Deni Sanchez, del BID.</i>	<i>Edificio WTC, piso 4 89 Avenida Norte y Calle El Mirador 89 Avenida Norte y Calle El Mirador, San Salvador</i>
Libre	<i>Libre</i>	<i>Libre</i>

ANEXO 6: LISTA DE DOCUMENTOS EXAMINADOS

MARCO NORMATIVO

DECRETO 2699 LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD Y DE LAS JUNTAS DE VIGILANCIA DE LAS PROFESIONES DE SALUD 1958
CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR 1983
CÓDIGO DE SALUD EL SALVADOR 1988
LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCIÓN DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD 2004
DECRETO LEY 442 DE 2007 – LEY DE CREACIÓN DEL SNS
DECRETO 82 DE 2008 – REGLAMENTO DE LA LEY DE SNS
LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (LACAP) CON TODAS SUS REFORMAS 2011
REGLAMENTO DE LA LACAP CON TODAS SUS REFORMAS 2016
LEY NACIONAL DE MEDICAMENTOS DE 2012
ACUERDOS PARA UNA HOJA DE RUTA HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD 2016
PROYECTO LEY SNIS 2019

OTROS DOCUMENTOS GENERALES

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE PNUD EN EL SECTOR SALUD 2018
PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2014-2019
DOCUMENTO DEL PROGRAMA PNUD PARA EL SALVADOR (2016-2020)
AGENDA 2030 Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE
MARCO DE ASISTENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO UNDAF 2016-2020
UNEG QUALITY CHECKLIST POR EVALUATION REPORTS
UNEG NORMAS Y ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN
UNDP STRENGTHENING NATIONAL HEALTH SUPPLY CHAINS TO HELP BUILD HEALTH SYSTEMS
QUALITY ASSURANCE IN THE SUPPLY CHAIN - GUIDANCE FOR UNDP COUNTRY OFFICES
UNDP HEALTH PROCUREMENT GUIDANCE DOCUMENT
UNDP QUALITY ASSURANCE POLICY FOR HEALTHS PRODUCTS
ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS OPS/OMS 2017-2020
A GUIDE TO THE APPLICATION OF THEORIES OF CHANGE TO UNDP PROGRAMMES AND PROJECTS
UNCTAD ESTUDIO SOBRE LA CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE MEDICAMENTOS Y SUS CONDICIONES DE COMPETENCIA EN EL SALVADOR
DIGESTYC ENCUESTAS DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES 2003-2018
STPP-DIGESTYC MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA EL SALVADOR
ACOSTA M, SÁENZ MR, GUTIÉRREZ B, BERMÚDEZ JL. SISTEMA DE SALUD DE EL SALVADOR. SALUD PUBLICA MEX 2011
OPS EL SALVADOR ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD 2002-2010
PLAN CUSCATLÁN MODERNIZACIÓN DEL ESTADO 2018
PLAN CUSCATLÁN SALUD 2018

MINSAL – PNTB

DOCUMENTOS DEL PROYECTO	
FECHA	TÍTULO
2012-10-04	DOCUMENTO DEL PROYECTO MINSAL-PNTB-PNUD
...	...
2016-04-21	COMBINED DELIVERY REPORT 2015
2016-05-03	REVISIÓN SUSTANTIVA 1
2016-05-16	ACTA PAC MINSAL-PNTB-PNUD
2017-01-10	INFORME ANUAL 2016 MINSAL-PNTB
2017-02-20	COMBINED DELIVERY REPORT 2016
2017-08-14	REVISIÓN SUSTANTIVA 2
2017-09-04	COMBINED DELIVERY REPORT 2017
2017-10-02	QUALITY ASSURANCE REPORT
2018-02-20	ACTA JUNTA EJECUTIVA MINSAL-PNTB-PNUD
2018-02-20	INFORME ANUAL 2017 MINSAL-PNTB
2018-07-01	QUALITY ASSURANCE REPORT
2018-07-30	VISITA DE CAMPO PNUD
2018-12-04	ACTA JUNTA EJECUTIVA MINSAL-PNTB-PNUD
2018-12-04	INFORME ANUAL 2018 MINSAL-PNTB
2019-02-15	COMBINED DELIVERY REPORT 2018
2019-02-18	ACTA PAC MINSAL-PNTB-PNUD
OTROS DOCUMENTOS	
MEMORIAS DE LABORES MINSAL 2011-2018	
ESTADOS FINANCIEROS 2018	
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR 2016-2020	
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR 2017-2021	

ISSS

DOCUMENTOS DEL PROYECTO	
PROYECTO 00087638	
FECHA	TÍTULO
2014-11-05	DOCUMENTO DEL PROYECTO
2015-07-09	INFORME SEMESTRAL I 2015 ISSS
2016-02-10	INFORME ANUAL 2015 ISSS
2016-04-11	COMBINED DELIVERY REPORT 2015
2016-07-21	MINUTA JUNTA EJECUTIVA ISSS-PNUD
2016-07-21	INFORME TRIMESTRAL II 2016 ISSS
2017-01-10	ACTA PAC ISSS-PNUD
2017-06-23	COMBINED DELIVERY REPORT 2016
2017-06-23	ANEXO - COMBINED DELIVERY REPORT 2016
-	INFORME EJECUTIVO 2014-2017 ISSS
2018-12-31	INFORME ANUAL 2018

2019-07-05	IMPLEMENTATION AND MONITORING STAGE QUALITY ASSURANCE REPORT
PROYECTO 00109881	
2018-10-09	ACTA PAC ISSS-PNUD
2018-10-31	DOCUMENTO DE PROYECTO
-	DESIGN & APPRAIASAL STAGE QUALITY ASSURANCE REPORT
-	ANEXO SESP PRODOC ISSS
OTROS DOCUMENTOS	
MEMORIAS DE LABORES ISSS 1996-2018	
ESTADOS FINANCIEROS ISSS 2012-2018	
PRESUPUESTOS ISSS 2003-2018	
ANUARIOS ESTADÍSTICOS ISSS 2016-2018	
DECRETO LEGISLATIVO N° 1263 – 1953 LEY DEL ISSS CON TODAS SUS REFORMAS	
DECRETO EJECUTIVO N° 37-1954 REGLAMENTO DE LA LEY DEL ISSS CON TODAS SUS REFORMAS	
MESA LAGO, C. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE PENSIONES-ES 1998-2010. FUNDAUNGO. 2012	
CONVENIO MARCO MINSAL-ISSS PRESTACIONES DE SERVICIOS 2002	
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS ISSS 2018	
ORGANIGRAMA ISSS 2018	

FOPROLYD

DOCUMENTOS DEL PROYECTO	
FECHA	TÍTULO
2016-05-03	ACTA PAC FIRMADA
2016-05-03	DOCUMENTO DE PROYECTO-FOPROLYD
2016-10-14	INFORME TRIMESTRAL III 2016 FOPROLYD
2016-10-18	MINUTA REUNIÓN TRIMESTRAL FOPROLYD-PNUD
2017-02-15	DESIGN & APPRAISAL STAGE QUALITY ASSURANCE REPORT
2017-02-22	INFORME TRIMESTRAL IV 2016 FOPROLYD
2017-03-13	MINUTA REUNIÓN TRIMESTRAL FOPROLYD-PNUD
2017-03-23	COMBINED DELIVERY REPORT 2016
2017-05-29	AYUDA MEMORIA JUNTA EJECUTIVA FOPROLYD-PNUD
2018-02-28	INFORME ANUAL 2017 FOPROLYD
2018-02-28	COMBINED DELIVERY REPORT 2017
2018-02-28	MEMORIA JUNTA EJECUTIVA FOPROLYD-PNUD
2019-02-06	MINUTA REUNIÓN FOPROLYD-PNUD
2019-02-15	COMBINED DELIVERY REPORT 2018
2019-02-21	INFORME ANUAL 2018 FOPROLYD
2019-02-25	MINUTA REUNIÓN FOPROLYD-PNUD
OTROS DOCUMENTOS	
MEMORIAS DE LABORES FOPROLYD 2007-2018	
ESTADOS FINANCIEROS FOPROLYD 2013-2018	
PRESUPUESTOS FOPROLYD 2013-2019	
ESTADÍSTICAS FOPROLYD 2011-2019	
DECRETO LEGISLATIVO N° 416 – 1992 LEY DEL FOPROLYD CON TODAS SUS REFORMAS	
DECRETO EJECUTIVO N° 64 – 1999 REGLAMENTO DE LA LEY DEL FOPROLYD	

ANEXO 7: MAPA DE RESULTADOS

Efecto/Producto del CPD	Efecto 1: La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad. 1.1 Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local
Producto del Plan Estratégico	1.2.1 Capacities at national and sub-national levels strengthened to promote inclusive local economic development and deliver basic services including HIV and related services
1. Título del Proyecto	Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis
Numero de Atlas	00068118/00083506
Resultado esperado del proyecto	Fortalecer las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis para la respuesta nacional a la tuberculosis, reducir el número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.
2. Título del Proyecto	Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado
Numero de Atlas	00076049/00087638
Resultado Esperado del Proyecto	Mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de la mora patronal fortalecido
3. Título del Proyecto	Promoción y restablecimientos del derecho a la salud del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II
Numero de Atlas	110633/109881
Resultado Esperado del proyecto	Mecanismos que fortalezcan la recuperación de la mora patronal y provisión oportuna y eficiente del suministro de medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición, reactivos de laboratorio e insumos odontológicos
4. Título del Proyecto	Fortalecimiento de las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la mejora en atención a sus derechohabientes
Numero de Atlas	00061024
Resultado esperado del Proyecto	Fortalecidas las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) en el cumplimiento de metas organizacionales en lo referente a aspectos de administración de los servicios de salud y equipo de oficina, así también brindado apoyo para la desconcentración de los servicios médicos especializados a través del equipamiento de Unidades Policlínicas Magisteriales; y finalmente en la provisión de medicamentos esenciales, insumos de laboratorio y reactivos.
5. Título del Proyecto	Fortalecimiento ISBM Fase II
Numero de Atlas	00088365/00095074
Resultado esperado del proyecto	Fortalecimiento de los servicios brindados por Bienestar Magisterial a sus derechohabientes, a través de la oportuna provisión de medicamentos, insumos y tecnología.
6. Título del Proyecto	Fortalecimiento Institucional de FOPROLYD
Numero de Atlas	00093487/00097726
Resultado esperado del proyecto	Capacidades de FOPROLYD fortalecidas para una mejor atención de personas beneficiarias lisiadas de guerra. Atención en salud con énfasis en la población beneficiaria de FOPROLYD.

ANEXO 8: TABLA RESUMEN DE HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

<p>Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio</p>	<p>El fortalecimiento de las capacidades de planificación y ejecución de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud ha estado presente de manera protagónica en el diseño de los proyectos acordados con las mismas. El portafolio de proyectos de salud del PNUD en asociación con las entidades nacionales y coordinados y ejecutados por las mismas, ha contribuido al logro de avances por parte de las instituciones seleccionadas en relación con el Resultado 1.2 de la Teoría de Cambio, vale decir, <i>“Instituciones seleccionadas del sector público disponen de herramientas de gestión efectiva, eficiente y transparente”</i>, aportando con 3 casos, al menos, al cumplimiento del indicador seleccionado en el Documento Programa PNUD para El Salvador 2016-2020 (CPD 2016-2020), a saber, <i>“número de instituciones que adoptan nuevos sistemas de información y gestión”</i>, cuya meta es 5 instituciones para la totalidad del programa.</p>
<p>ODS</p>	<p>El portafolio en salud del PNUD responde en diversos planos a las necesidades de las personas afectadas, en consonancia con los ODS. En efecto, en el ISSS y en el MINSAL-PNTB se han apoyado acciones para contar con una mejor identificación de pacientes de TB y HIV y sus necesidades, así como para una mejor prestación de servicios y cobertura de medicamentos para estas personas (ODS 3.3). En todos los casos, se ha buscado fortalecer los mecanismos de identificación de las personas usuarias prestatarias de los servicios, asegurando o bien aproximándose a la cobertura universal de las mismas y a la provisión de medicamentos eficaces, asequibles y de calidad (ODS 3.8). Cabe señalar que los esfuerzos realizados por las instituciones seleccionadas les han permitido garantizar la cobertura universal, o bien muy próxima a ella, de las diferentes poblaciones meta a las que se dirigen, de tal modo que hacia el futuro, la cobertura deberá incrementarse mediante apoyos al sistema MINSAL que es dónde permanece prácticamente la totalidad del déficit de cobertura y acceso a la salud en El Salvador.</p>
<p>Revisión de la lógica de intervención</p>	<p>En relación con la lógica de intervención de los proyectos y tal como puede observarse en los estudios de casos realizados, existe abundante evidencia que el portafolio de salud se ha implementado de acuerdo con lo establecido en sus diseños contenidos en los correspondientes documentos de proyectos y que las revisiones sustantivas realizadas no han afectado dicha lógica, porque no se han enfrentado problemas de magnitud tal que las pusieran en cuestión.</p>
<p>Eficiencia en función de los costos</p>	<p>Las entrevistas realizadas a los representantes de las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD sobre eficiencia en función de los costos, muestran una opinión ampliamente compartida en materia de precios de bienes adquiridos a través de PNUD, particularmente medicamentos. Todos coincidieron en que los precios de los bienes han seguido dos grandes fases: i) una fuerte disminución de precios entre el antes y el después de la intervención del PNUD; y ii) una evolución constante luego de la misma. Sin embargo, la falta de información exacta sobre precios de referencia a consecuencia de la inexistencia de un sistema longitudinal de precios históricos permanece como preocupación, puesto que no se cuenta con un adecuado sistema de precios de referencia a la hora de implementar nuevos procedimientos contractuales por parte de las instituciones asociadas. Esta carencia de información confiable de precios de referencia, unida a la fuerte fragmentación de compra de medicamentos que se observa en el sistema de salud, dónde existen 8 instancias estatales comprando medicamentos y con fragmentación de compras aún dentro de las mismas, impide aplicar la programación anual de compras establecida en la LACAP a fin de adquirir medicamentos con garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse.</p>
<p>Costo-beneficio</p>	<p>En virtud de la modalidad misma de intervención del PNUD en los tres proyectos analizados, dónde se gestionan compras con recursos públicos y se agregan montos marginales para complementar las mismas con adecuados apoyos para el fortalecimiento de la gestión en las instituciones seleccionadas, se observa claramente que la relación costo-beneficio ha sido especialmente alta en el caso de compras internacionales en virtud de las reducciones de costos señaladas por todos los entrevistados. PNUD ha posibilitado comprar a nivel internacional, logrando menores precios y mejor calidad. Especialmente en la compra de medicamentos, PNUD ha ampliado las posibilidades de adquisición poniendo presión competitiva en el mercado nacional de medicamentos.</p>

<p style="text-align: center;">Logro de resultados</p>	<p>Sin excepción, se han alcanzado todos los resultados previstos en los documentos de proyectos del portafolio de salud del PNUD con los asociados MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD. Se pueden diferenciar dos grandes bloques de resultados en función de los detalles establecidos en las respectivas estrategias de salida en cada proyecto y por ende en sus impactos de largo alcance. Por un lado, todos aquellos resultados vinculados con el fortalecimiento de las capacidades de gestión. En este ámbito, los resultados alcanzados se encuentran en línea con lo esperado en las estrategias de salida, sus efectos revisten carácter permanente en las instituciones y no se observan mayores necesidades para la permanencia de la intervención del PNUD en esos ámbitos. Por otro lado, se encuentran todos los resultados vinculados a la compra de medicamentos u otros insumos médicos. En este caso, si bien los resultados esperados en cada proyecto han sido alcanzados a plena satisfacción de los asociados en términos de cumplimiento de actividades, aun no puede afirmarse que sus efectos sean sostenibles, ni que las instituciones seleccionadas hayan alcanzado las capacidades necesarias para proceder a la adquisición de estos bienes con base en una correcta aplicación de las normas de la LACAP y su programación anual. La estrategia de salida constituye en este ámbito una situación que aún debe ser alcanzada y que al mismo tiempo representa a juicio de esta evaluación un importante potencial de impacto de desarrollo del PNUD sobre el sistema de salud en su conjunto. Incluso, la búsqueda de ese fortalecimiento para la correcta compra de medicamentos con base en las normas de la LACAP por parte de diversas instituciones del sistema de salud, implicará el abordaje de otras acciones de fortalecimiento en paralelo, dónde el desarrollo de adecuados sistemas de información sobre precios de referencia con base en registros de precios históricos por producto será imprescindible.</p>
<p style="text-align: center;">Cobertura y acceso</p>	<p>Los proyectos desarrollados en asociación con MINSAL-PNTB, ISSS y FOPROLYD, coordinados y ejecutados por las mismas, han permitido alcanzar, con acciones referidas a sistemas de identificación y diagnóstico, al universo de los grupos poblacionales a los que se orientaron los mismos, vale decir, pacientes de tuberculosis bajo responsabilidad del MINSAL, pacientes de VIH bajo responsabilidad del ISSS, personas lisiadas o en condiciones de discapacidad a consecuencia del conflicto armado atendidas por FOPROLYD, así como trabajadores y trabajadoras que habían perdido sus beneficios de seguridad social y atención en salud en el ISSS por la mora de sus empleadores en el pago de las cotizaciones correspondientes. Hacia el futuro próximo del portafolio de salud del PNUD en su alineación con su Teoría de Cambio debe tenerse en cuenta que el mayor potencial para el avance hacia la cobertura y acceso universales se encuentra dentro de la estructura de atención del MINSAL y no de los diversos subsistemas autónomos como ISSS, ISBM, COSAM o FOPROLYD, por mencionar los más importantes, los que ya han alcanzado la cobertura universal de sus respectivos grupos poblacionales asegurados o bien se encuentran muy próximos a lograrlo.</p>
<p style="text-align: center;">Valores agregados PNUD</p>	<p>En la interacción con las entidades nacionales y por ende como consecuencia de proyectos asociativos, el PNUD ha generado valores agregados a partir de su enfoque de gestión de proyectos, los que generaron experiencias que hubieran sido difíciles de lograr dentro de la lógica de gestión pública predominante en el sistema de salud del país. Por orden de importancia en relación a las principales debilidades de la gestión pública, cabe señalar el énfasis puesto en la definición de adecuadas estrategias de alianzas que permitieron superar a nivel micro de los proyectos los problemas de articulación existentes a nivel macro del sistema de salud salvadoreño. En segundo lugar, se destaca la implementación sistemática año a año de un enfoque de planificación que incluye la presupuestación, vale decir, una presupuestación que apuesta al futuro y por ende está basada en el cumplimiento de metas de la planificación, necesaria y diferente a la típica presupuestación en lógica pública que va vinculada al sistema de administración, dónde siempre se repite el pasado, ajustando la presupuestación pasada solamente por variaciones en la cobertura de personas a atender (<i>inercia presupuesta</i>). En el mismo sentido y derivado de esta planificación/presupuestación por metas hacia el futuro, se destaca también el enfoque de monitoreo con base en los indicadores establecidos en el plan de monitoreo del proyecto, el que sin embargo aún debe potenciarse mucho más.</p>

<p style="text-align: center;">Sostenibilidad</p>	<p>En relación con la sostenibilidad y de acuerdo con una visión de conjunto de las estrategias de salida acordadas en los proyectos, las acciones de fortalecimiento de la gestión, con excepción de las compras de medicamentos, han cumplido sus objetivos, sus efectos son duraderos, su sostenibilidad financiera está garantizada porque desde un principio han sido financiadas mayoritariamente con recursos de presupuesto ordinario, y no se observan normativas adversas que limiten sus impactos. Respecto de este último punto, las normas de primera relevancia como las NTCIE de la Corte de Cuentas y la LACAP ofrecen un correcto respaldo al desarrollo de una gestión eficiente, efectiva y transparente. En todo caso, nuevas acciones de fortalecimiento institucional en nuevos proyectos sí son necesarias a fin de dotar a la estructura de gestión del sistema MINSAL de mayor unidad e integralidad. En relación a las acciones orientadas a la adquisición de medicamentos y otros insumos médicos sofisticados como reactivos para laboratorios, de primera relevancia en el monto de la cartera de salud del PNUD y de alta relevancia en términos de impacto de desarrollo del sistema de salud salvadoreño, aún se está lejos del punto de retiro. No ha llegado aún el momento indicado por la estrategia de salida. Las instituciones del sistema de salud salvadoreño en un sentido amplio, incluidas las instituciones seleccionadas en el portafolio de salud del PNUD, se encuentran lejos de las capacidades necesarias para una correcta aplicación de la LACAP que redunde en precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega planificada y particularmente establecimiento de cláusulas contractuales que garanticen la reposición de stocks vencidos o a vencerse de medicamentos. En este ámbito, es adversa la normativa vigente y por ende la política y la estructura de gobernabilidad y procesos del sistema de salud. Y lo es en la medida que: i) secuestra la rectoría específica al MINSAL depositándola en la Dirección Nacional de Medicamentos; ii) permite la fragmentación de compras entre 8 instancias estatales y al interior de las mismas, por ejemplo, mediante una incorrecta interpretación de la autonomía de los hospitales públicos; iii) contiene perjudiciales vacíos respecto del sistema de información para la gestión de la salud pública, dónde no se exige la instalación y actualización de sistemas de precios de referencia basados en registros longitudinales o históricos de precios; iv) contiene superposiciones y contradicciones respecto de la rectoría y articulación del sistema de salud que van en detrimento del rol que debe ejercer el MINSAL como única y legítima instancia de gobierno de la salud pública, v) facilita la existencia de subsidios cruzados que superponen o duplican compras pequeñas de medicamentos realizadas en 60 días sin garantía de precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos o a vencerse; vi) no garantiza las potestades del MINSAL en la supervisión y monitoreo de todos los niveles de gobernanza del sistema de salud pública, con especial perjuicio para la compra de medicamentos, las que permanentemente se encuentran en la prensa por negativos juicios de la opinión pública referidos a la falta de stocks, medicamentos vencidos, medicamentos de mala calidad y medicamentos de alto costo sin cobertura de financiamiento público</p>
<p style="text-align: center;">Fortalecimiento de los resultados</p>	<p>Fortalecer los resultados alcanzados es potenciar el rol del PNUD con base en el claro éxito obtenido mediante compras rápidas a nivel internacional que han disminuido precios e incrementado calidad y que por ende deben mantenerse como una de las facilidades a ofrecer, avanzando hacia mecanismos de programación anual de compras conjuntas o centrales, al principio de un reducido y selectivo abanico de medicamentos de alta relevancia y difícil adquisición como experiencia piloto y con base en licitaciones programadas anualmente para lograr precios de escala, calidad verificada, oportunidad de entrega y reposición de stocks vencidos. Esta perspectiva podría tener un alto impacto de desarrollo dentro de una de las problemáticas más concretas, más urgentes y más relevantes en el sistema de salud salvadoreño. Y acompañar estas acciones desarrollando nuevas intervenciones de fortalecimiento de la gestión en otros sistemas como la información, la articulación, el financiamiento, la supervisión y el monitoreo, con base en las demostradas capacidades y valor agregado del PNUD a estos efectos, serán un fuerte complemento, junto al respaldo que ya brinda la normativa administrativa y de control nacional que representan la LACAP y las NTCIE de la Corte de Cuentas, todo lo que puede permitir que el alcance de un oportuno momento para la estrategia de salida pueda darse en un período que se podrá planificar y monitorear efectivamente si se cumplen este conjunto de condiciones.</p>

ANEXO 9: CÓDIGO DE CONDUCTA FIRMADO POR EL EVALUADOR

Anexo 8. Código de Conducta

Evaluation Consultant Agreement Form

To be signed by all consultants as individuals (not by or on behalf of a consultancy company) before a contract can be issued.

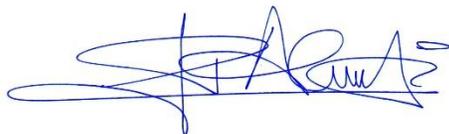
Agreement to abide by the Code of Conduct for Evaluation in the UN System

Name of Consultant: JOSÉ PEDRO ALBERTI ALÉ

Name of Consultancy organization (where relevant) _____

I confirm that I have received and understood, and will abide by the United Nations Evaluation Group Code of Conduct for Evaluation.

Signed at Montevideo, Uruguay on 27/04/2019



Signature: _____

ANEXO 10: TÉRMINOS DE REFERENCIA

Antiguo Cuscatlán 21 de marzo de 2019

Invitación No. 2019/1061 CONSULTORÍA

“Evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.”

Fecha límite para recepción de ofertas: Antes de las 10:00 horas hora local del día 4 de abril de 2019.

Objetivo: Evaluar cómo y en qué medida el PNUD ha contribuido a generar capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.

Dirigido a: Profesional universitario con grado de Maestría en ciencias sociales, economía, cooperación al desarrollo o carreras afines.

Deseable contar formación demostrable en asuntos de género/derechos humanos o experiencia equivalente en la aplicación del enfoque de al menos trabajos.

Con formación demostrable en evaluación o técnicas de investigación o experiencia equivalente de al menos dos años.

Haber participado como consultor principal o líder de equipo en al menos 3 trabajos relacionados con el diseño o evaluación de proyectos en el área de pobreza o gobernabilidad. Se valorará positivamente la experiencia previa con el PNUD u otras organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas.

Dominio del español y nivel medio o superior de inglés.

Período: La consultoría tendrá una duración de 8 semanas a partir de la orden de inicio.

Favor de enviar la documentación solicitada, en formato PDF o en Word, al correo electrónico adquisiciones.sv@undp.org. También puede entregar la documentación en sobre cerrado previo a la fecha límite de presentación de ofertas, en horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en: Edificio de Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur No. 2-B, Colonia Santa Elena, Antiguo Cuscatlán, La Libertad.

Términos de referencia

Evaluación de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.

1. Introducción.

Estos términos de referencia se refieren a la Evaluación de medio término de la contribución del PNUD a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.

Se trata de la evaluación del portafolio, es decir la evaluación de un conjunto de proyectos, que, si bien en lo particular apuntan a resultados específicos, en su conjunto contribuyen a un producto a un resultado selectivo del Programa de país.

Esta evaluación se enmarca en el Plan de Evaluación del PNUD para el periodo 2016-2020 y busca analizar el grado de consecución de los resultados esperados e imprevistos, a partir del examen de los factores contextuales y la cadena de resultados.

Las conclusiones derivadas de la evaluación apoyarán los esfuerzos del PNUD en proporcionar evidencias para la rendición de cuentas de la organización ante su Junta Ejecutiva, los donantes, los asociados y beneficiarios nacionales, así como para introducir las mejoras necesarias al abordaje y estrategias de implementación identificadas en el marco de programación vigente. Se busca identificar lo que ha funcionado y lo que no, y obtener recomendaciones y extraer lecciones que permitan continuar y profundizar el apoyo del PNUD en el acceso a servicios de salud de forma más efectiva.

2. Contexto

El Salvador tiene la densidad poblacional más alta de América continental, debido a su extensión territorial (21 041 km²). La población estimada en el año 2017 era de 6,581,860 habitantes; los menores de 30 años representaban 53.6% del total, mientras que las personas mayores de 60 años alcanzaban 12.6%. El 53% de la población correspondía al sexo femenino y 60,2% se encontraba en zonas urbanas.

En los últimos años, los niveles de pobreza se han mantenido estables en el orden del 29.2% (2013-2017), después de rápida reducción del 40% (2008-2011). Desde una perspectiva multidimensional, el 33.4% de los hogares (EHPM 2017) presentan privaciones que limitan el potencial de desarrollo humano, así como los derechos y oportunidades para participar en la sociedad. Las cuatro privaciones que afectan principalmente a los hogares salvadoreños son: la baja educación entre los

adultos (79.0% de los hogares); el bajo acceso a la seguridad social (68.6%); restricciones debidas a la inseguridad (58.3%); y el subempleo e inestabilidad en el trabajo (54.7%). La falta de acceso a servicios de salud representaba el 16.6% en 2016. Varios son los factores que explican la problemática de la exclusión, entre los cuales se encuentran las limitadas capacidades del Estado para brindar una oferta suficiente de bienes y servicios básicos de calidad.

Con una economía con bajo crecimiento¹⁸ y el deterioro de los indicadores fiscales¹⁹, el gasto social ha mostrado una tendencia cíclica creciente (con un promedio del 6.6% interanual entre los años 2013 y 2017), reflejando los esfuerzos de apoyo al desarrollo social. La participación en el PIB del gasto social alcanza un promedio del 7.8%. (FUNDE, 2018).

El Sistema Nacional de Salud que provee servicios de atención sanitaria a la población salvadoreña se caracteriza por su fragmentación y segmentación. La estructura y provisión de servicios de salud en El Salvador está constituido por dos grandes sectores: el sector público y el sector privado. El público está compuesto por seis instituciones gubernamentales prestadoras de servicios de salud: El Ministerio de Salud (MINSAL) es el ente rector del país en esta materia y el mayor prestador de servicios de salud. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral; el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional, se estima que atiende a un cuarto de la población; sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones. Brinda atención en salud y prestaciones económicas a los derechohabientes basados en los principios de la seguridad social; las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) son el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), y el Comando de Sanidad Militar (COSAM) que en conjunto atiende a un 1.8% de la población; el Fondo Solidario para la Salud, y la Dirección Nacional de Medicamentos. El sector privado cubre menos del 1% de la población.

El Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD) es una Institución de derecho público, cuya ley fue concebida dentro de un sistema de seguridad social amplia. Es responsable de la atención y seguimiento del proceso de rehabilitación y reinserción productiva y del otorgamiento de las prestaciones económicas y de especies a las personas que resultaron lisiadas y discapacitadas a consecuencia del conflicto armado, así como a los familiares de combatientes que fallecieron en dicho conflicto.

El Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019 se planteó como uno de sus objetivos “Asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad”, recogiendo los principios de la política de Reforma de Salud previa. Así se planteaba la

¹⁸ El promedio de los últimos años ha sido del 2.6% desde el año 2011. Según datos del Banco Central de Reserva, el 2017 habría cerrado con 2.3% y el 2018 con 2.6%.

¹⁹ De acuerdo a datos del Banco Central de Reserva, al término de 2016 el déficit fiscal fue de 3.1 % del PIB para luego reducirse a 2.5 % en 2017. Cifras preliminares indican que para el 2018 el déficit alcanzaría el 2.7%.

Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS; la ampliación de la cobertura se conseguiría a través de la ampliación territorial de los servicios de salud y la inversión en infraestructura; asegurar la provisión de medicamentos y tecnologías; el fortalecimiento de las capacidades para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos y la formación continua del talento humano.

La Hoja de Ruta hacia el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud se propuso integrar funcionalmente de manera progresiva y en red todos los servicios e instalaciones con que cuenta el sistema. Se ha planteado, además, la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos como estrategia para alcanzar el sistema universal y equitativo. Para ello, se han puesto en marcha mecanismos como la eliminación del pago en los centros asistenciales públicos y el acercamiento de los servicios a la población a través de equipos comunitarios de salud familiar.

En el 2014 se logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud. Se han realizado esfuerzos importantes para identificar y mejorar su capacidad de respuesta para atención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)²⁰. También destacan los avances en materia de reducción de la mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos, logrando pasar de 54 en 2015 a 35.6 en 2016. La mortalidad infantil pasó de 10.2 por 1000 nacidos vivos a 9.8 por 1000 nacidos vivos en el mismo periodo. Como parte de las medidas implementadas según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2014) se tiene que el porcentaje de partos por personal especializado es de 97.7 % y la cobertura de vacunación se mantiene con niveles mayores al 90 % en niños y niñas menores de un año desde 2009 a 2016 (Gobierno de El Salvador, Informe Nacional Voluntario 2017).

Asegurar el abastecimiento suficiente y oportuno de medicamentos ha sido una constante que muchas administraciones sanitarias han enfrentado. Si bien, de acuerdo al Ministerio de Salud, el nivel de abastecimiento a nivel hospitalario es superior al 80% y más del 90% en regiones de salud, en la población prevalece la percepción de que existe una demanda no satisfecha, la cual se ve reflejada en los medios de comunicación.

La Ley de Medicamentos, aprobada en el año 2012, luego de casi una década de debates, contempla una autoridad nacional reguladora; favorece el abastecimiento de los hospitales y garantiza productos farmacéuticos de mayor calidad. También prevé que cuando se presente escasez de alguna medicina, el gobierno podrá adquirirla en cualquier laboratorio internacional precalificado. Además, las instituciones del Estado pueden ejercer un mejor control en la producción de los medicamentos manufacturados en el país, así como en la comercialización, prescripción médica, almacenamiento, regulación, promoción y publicidad de los productos farmacéuticos. Se estima que, luego de su aprobación, se ha propiciado una reducción de precios en 38 %; además, se ha fortalecido la institucionalidad de la vigilancia y el control de la calidad y los precios de los

²⁰ En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/sida aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001. Posteriormente, el comportamiento se estabilizó, alcanzando en 2016 los 1154 casos anuales (MINSAL, 2016)

medicamentos, a fin de mantener estable la variación de los costos de alrededor del 1 %. (Gobierno de El Salvador, Informe de Revisión Voluntaria Nacional, 2017).

El Gobierno de El Salvador ha reafirmado su compromiso para la implementación de la Agenda 2030 como prioridad para el país. En febrero de 2017, de cara al proceso nacional de apropiación de la Agenda 2030, y con la participación de los Gabinetes de gobierno, se priorizaron nueve objetivos, entre los que se encuentra el Objetivo 3 salud y bienestar.

Por otra parte, a partir del evento electoral celebrado en febrero recién pasado, El Salvador entra en un periodo de transición política. Por primera vez en la era post- Acuerdos de Paz hay una tercera fuerza política y que ganó la elección presidencial con el 53% de los votos, resultando electo Nayib Bukele, bajo la bandera del partido GANA. El Plan de Gobierno presentado por el entonces candidato a la Presidencia comprende 8 áreas de gestión entre las cuales se encuentra el Bienestar Social. Esta área apunta a lograr “una mejor vida para esta generación y para las que están por venir”. En el área de salud se reconoce la necesidad de contar con una política de Estado que aspire a que todos los habitantes del territorio salvadoreño gocen de servicios de salud universales, oportunos, solidarios, con calidez y calidad; y propone acciones para consolidar los avances sociales básicos que garanticen los Derechos Humanos

3. La intervención del PNUD.

El compromiso del PNUD con los desafíos sanitarios se basa en el principio de que la salud es tanto factor como resultado del desarrollo, y que las actuaciones en los diversos campos que abarca el desarrollo generan impactos significativos sobre la salud (PNUD 2016).

El ODS 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), abarca un abanico amplio de prioridades sanitarias en las que, para avanzar en la mayoría de ellas, es necesaria una estrecha colaboración entre los varios sectores que afectan al desarrollo. La meta de contar con una cobertura sanitaria universal (CSU) tiene como fin garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios sanitarios necesarios – preventivos, curativos y de rehabilitación – sin tener que arriesgar su situación financiera. El concepto de universalidad y asequibilidad hace de la CSU una cuestión muy importante desde el punto de vista de los derechos humanos y el desarrollo. Para cumplir plenamente esta meta se estima serán necesarias medidas que complementen la implantación de servicios sanitarios universalmente disponibles y asequibles, como actuaciones sobre los factores sociales, económicos y medioambientales determinantes de la salud; leyes, políticas, normas y mecanismos de gobernabilidad que influyan sobre los riesgos de desarrollo, y medidas para abordar las desigualdades y la situación de exclusión de la mayoría de las personas en situación de marginación y vulnerabilidad.

En El Salvador el largo periodo de lento crecimiento económico, su alta vulnerabilidad a los desastres provocados por desastres naturales, así como el surgimiento de emergencias sanitarias, tienen el potencial de retroceder en los progresos alcanzados en materia sanitaria y de desarrollo.

Desde hace varios años, el PNUD ha venido trabajando en favorecer el acceso y cobertura universal a los servicios de salud. Particularmente, en su programa de Cooperación de 2016-2020 se planteó enfrenar las barreras que limitan la cobertura y el acceso a bienes y servicios de calidad para toda la población y que profundizan la inequidad.

Actualmente trabaja en apoyo al Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud (MINSAL); el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo de Protección para los Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD). Debido al carácter centralista de la administración pública en El Salvador, todos los proyectos se ejecutan en la ciudad de San Salvador, con un alcance nacional.

Si bien el PNUD ha venido brindando servicios que se enmarcan en las necesidades particulares de cada institución, en general y en todos los casos apunta a un amplio abanico de servicios de apoyo a la implementación que se complementan con iniciativas de fomento de las capacidades a largo plazo, con énfasis en la gestión sostenible los recursos financieros nacionales e internacionales a partir de la provisión de medicamentos, insumos y equipos. En su programa de cooperación, el PNUD capitaliza las alianzas en las que participa desde hace tiempo el PNUD en el área de la salud, entre las que se encuentra su participación como copatrocinador fundacional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), o su colaboración con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y la OMS, así como su larga experiencia apoyando la implementación de grandes programas de salud y desarrollo. (Véase Anexo 2 para el “Esquema de la Teoría de Cambio”).

Por otra parte, se reconoce la desigualdad de género es uno de los factores más potentes e insidiosos de la salud y suele ir acompañada de otras formas de desigualdad (ingresos, discapacidad, grupo étnico) que afectan negativamente a la salud de las mujeres. De allí que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas son factores clave en el desarrollo sostenible. Cabe resaltar que, no obstante lo anterior, en estas intervenciones la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres no ha sido un objetivo en sí mismo, empero se previeron algunas acciones que apuntarían a eliminar las desigualdades en materia de salud entre hombres y mujeres.

La cartera activa del portafolio se compone de 6 proyectos, que en total alcanzan \$49.8 millones en presupuestos provenientes principalmente de recursos del Gobierno de El Salvador (fondos propios de las instituciones). Los proyectos tienen un horizonte temporal que varía entre 2 a 5 años y actualmente se encuentran en diferente nivel de avance en su implementación. Estos son:

1. 00068118/00083506 “Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis.
2. 00076049/00087638 “Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado”
3. 00110633/00109881 “Promoción y restablecimientos del derecho a la salud del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II”.

4. 00061024/00077096 “Fortalecimiento de las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la mejora en atención a sus derechohabientes”
5. 00088365/00095074 “Fortalecimiento ISBM Fase II”
6. 00093487/00097726 “Fortalecimiento Institucional de FOPROLYD”.

Un mayor detalle de los proyectos, su estado, objetivo y presupuesto se encuentra en el Anexo 1 “Información de Proyectos”. El Anexo 3 contiene el “Marco de Resultados”.

4. Propósito, objetivos y alcance.

La evaluación de la contribución del PNUD a la generación de capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud, tiene como propósito apoyar los esfuerzos del PNUD en proporcionar evidencias para la rendición de cuentas de la organización ante su Junta Ejecutiva, los donantes, los asociados y beneficiarios nacionales, así como para introducir las mejoras necesarias al abordaje y estrategias de implementación identificadas en el marco de programación vigente. Se busca identificar lo que ha funcionado y lo que no, y obtener recomendaciones y extraer lecciones que permitan continuar y profundizar el apoyo del PNUD en el acceso a servicios de salud de forma más efectiva de frente a las prioridades del nuevo Gobierno.

Objetivo de la evaluación: Evaluar cómo y en qué medida el PNUD ha contribuido a generar capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y su efecto en la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.

Objetivos específicos:

- Analizar en profundidad el desempeño del apoyo del PNUD en las instituciones del Sistema de Salud.
- Explorar las razones subyacentes a los éxitos (o su ausencia) de corto y mediano plazo

Alcance de la Evaluación

El alcance de la evaluación incluye los proyectos desarrollados desde el 2016 al 2018 del portafolio de Salud indicados en la sección 3 de este documento y detallados en el Anexo 1. Las intervenciones bajo revisión son financiadas principalmente por el Gobierno de El Salvador, y en algunos casos, incluyen recursos regulares de PNUD.

Dada la naturaleza de los proyectos y el alcance nacional de la gestión gubernamental, las intervenciones se realizan principalmente en la ciudad de San Salvador. Sin embargo, para evaluar posibles inequidades o disparidades entre grupos de población (beneficiarios últimos), es posible, según el diseño metodológico, extender el alcance geográfico de la evaluación al resto del país, en caso resulte necesario.

Niveles de análisis

La evaluación considera fundamentalmente dos niveles de análisis:

- a) La adecuación de la teoría de cambio del proyecto. En este nivel de análisis se valorará, los supuestos subyacentes a las intervenciones y las soluciones propuestas y sus vínculos causales para alcanzar los resultados planificados. En este nivel, se espera que se examine el enfoque propuesto y las ventajas comparativas y valor agregado del PNUD y su efectividad Y el rol esperado de los asociados, así como la pertinencia a las prioridades nacionales y corporativas, su y riesgos enfrentados.
- b) Los resultados alcanzados, incluidos los resultados de los proyectos y el punto hasta el cual estos resultados han contribuido a la generación capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local y contribución a la cobertura y el acceso universal a los servicios básicos de salud.

En la medida de lo posible, se espera identificar las lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan ser replicables en otros contextos y situaciones. Las lecciones deberán cubrir la gestión de los resultados de desarrollo y las prácticas de seguimiento y evaluación.

El marco de resultados del portafolio a evaluar se encuentra en el Anexo 3. También se provee el esquema de la teoría de cambio en el Anexo 2.

Enfoques transversales

Los niveles de análisis considerarán la efectividad en la incorporación del enfoque de género y de derechos humanos.

Enfoque de género. La igualdad de género se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres, niñas y niños. La igualdad no significa que las mujeres y los hombres serán iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependerán de si nacen hombres o mujeres. En el ámbito de trabajo de los proyectos, se reconoce que para erradicar la pobreza en todas sus formas y dimensiones se debe abordar las desigualdades de género específicas que mantienen a las mujeres en la pobreza. La erradicación exitosa de la pobreza requiere el desmantelamiento de las barreras estructurales, asegurando, entre otros, que las mujeres tengan acceso a servicios de atención social y protección social. También requiere transformar actitudes y prácticas discriminatorias a lo largo del curso de la vida. De allí que el PNUD busca apoyar a socios nacionales para ampliar el acceso y control de los recursos y servicios básicos de las mujeres, incluidos los servicios de salud, protección social y servicios de atención, con un enfoque particular en los más marginados y abandonados, incluidas las mujeres pobres y las mujeres con discapacidad.

Enfoque de derechos humanos: la estrategia de implementación de los derechos humanos en la programación de las Naciones Unidas Establece que la cooperación para el desarrollo debe contribuir al desarrollo de las capacidades de los “garantes de derechos” para cumplir con sus obligaciones y/o de los “titulares de derechos” de reclamar sus derechos. Se centra explícitamente

en la discriminación y la marginación en el proceso de desarrollo, y evidencia las causas subyacentes y fundamentales de los principales desafíos de desarrollo y los derechos no cumplidos.

5. Criterios de la evaluación y preguntas orientadoras clave.

Las preguntas generales que deben responderse se basan en los criterios de evaluación del CAD de la OCDE y las normas del Grupo de Evaluación de la ONU (incluidas las normas sobre la incorporación de la perspectiva de género), que se han adaptado al contexto de la iniciativa a evaluar. La persona consultora deberá adaptar dichas preguntas y detallarlas en su propuesta metodológica en la matriz de evaluación (El Anexo 5 proporciona un modelo de matriz de evaluación) para cumplir con los objetivos y el alcance de la evaluación²¹. Las preguntas clave de la evaluación son:

1. ¿En qué medida el PNUD ha respondido a las necesidades institucionales y de las personas afectadas?
2. ¿Se ha implementado el apoyo del PNUD según lo previsto o diseñado? ¿Qué problemas se han encontrado y qué adaptaciones se realizaron y por qué?
3. ¿Se han logrado los resultados esperados? ¿Cuál ha sido el valor agregado del PNUD?
4. ¿Son sostenibles los resultados? ¿se diseñaron y planificaron acciones para la sostenibilidad? ¿Qué se podría hacer para fortalecer la sostenibilidad de los resultados?

Para responder a la pregunta 1, se utilizará el enfoque de Teoría de Cambio aplicado y la medida en que esta es congruente con las prioridades nacionales de desarrollo del país, los productos y efectos del Programa del PNUD, las prioridades corporativas del PNUD y la contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Bajo esta pregunta también serán analizadas la capacidad del PNUD de adaptarse al contexto cambiante y responder a la equidad de género.

El criterio de eficiencia será evaluado bajo la pregunta 2. Aquí se valorará la utilización de recursos para entregar los resultados (incluyendo prácticas de gestión), así como las prácticas de monitoreo y evaluación utilizadas por el PNUD para asegurar la gestión efectiva de los proyectos.

La efectividad del portafolio será analizada bajo la pregunta evaluadora 3. Esto incluirá una evaluación de los resultados logrados y el punto hasta el cual estos resultados habrán contribuido a los resultados pretendidos del CPD. En este proceso, tanto los resultados positivos como negativos, directos e indirectos no planificados, también serán identificados. Especial atención se deberá poner los factores específicos que hayan influido - tanto positiva como negativamente - el desempeño de PNUD, incluidos el valor agregado del PNUD, la estrategia de alianzas. Bajo esta pregunta también se valorará la contribución a la equidad de género y el desarrollo de capacidades de los titulares de deberes.

La sostenibilidad de los resultados se examinará bajo la pregunta de evaluación 4. Aquí se identificarán los marcos legales, de política y estructuras de gobernabilidad y procesos en los que

²¹ Las preguntas no necesitan ser respondidas una a una, sino que se usarán como base para la presentación de hallazgos y conclusiones de la evaluación.

opera el portafolio que pudieran poner en riesgo los avances logrados, así como las acciones planificadas para la sostenibilidad y el registro y socialización de las lecciones aprendidas.

6. Metodología

La metodología de evaluación se adherirá a las Normas y Estándares del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG por sus siglas en inglés).²²

La metodología de la evaluación se enfocará en evaluar el valor de los proyectos a partir del estudio transversal de casos de resultados o efecto de los proyectos. Bajo este enfoque, se espera poder tener una comprensión completa del funcionamiento de los proyectos en las cuatro entidades nacionales que son contrapartes para el portafolio del programa, por lo que se prevé que a través de la evaluación se obtenga una descripción y análisis de cada instancia en el contexto específico. Se espera la evaluación pueda agregar las conclusiones de los estudios de casos. Para asegurar la validez, credibilidad y relevancia de los datos se deberá hacer uso de diferentes tipos de fuentes y métodos de recopilación de datos utilizando una mezcla de métodos cuantitativos y cualitativos que aseguren la triangulación.

Las metodologías para la recopilación de datos pueden incluir, pero no necesariamente limitarse a:

- Revisión de escritorio de la documentación clave para obtener un entendimiento del contexto, de los documentos que soportan la planificación, actividades y resultados de la intervención (en el anexo 5 se presenta una lista preliminar de la información a revisar).
- Entrevistas semi estructurados y grupos focales, con las partes interesadas, socios y beneficiarios. El anexo 4 presenta una lista preliminar de partes interesadas y socios clave.
- Observación directa de los diferentes participantes en los espacios de diálogo
- Encuestas a los grupos de beneficiarios, especialmente para comprobar en enfoque de género y de derechos humanos utilizado para garantizar el acceso a los servicios de salud de las mujeres y hombres.

En todas las etapas se deberá procurar un enfoque sensible al género y valores y cultura del país.

La persona consultora deberá revisar la teoría de cambio del proyecto y proponer, cuando sea necesario, sugerencias para mejorar o fortalecer la teoría de cambio existente. Adicionalmente, deberá conducir un análisis de evaluabilidad independiente y generar propuestas para suplir la ausencia de alguna condición relacionada con el diseño de los objetivos y la verificabilidad de los resultados. Este análisis deberá incluir la evaluabilidad de los enfoques transversales de derechos humanos y género y de la contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

²² <http://www.uneval.org/document/detail/1914>

Se sugiere considerar una cobertura de la población beneficiaria suficiente para servir de base suficiente para que se genere evidencia confiable y balanceada. Especial atención deberá prestarse a la inclusión de mujeres y personas / grupos excluidos y / o discriminados.

El análisis correspondiente debe describirse de manera completa y abordar los aspectos clave de la evaluación. A su vez, se debe garantizar la validez y fiabilidad de los resultados de la evaluación de manera clara y asegurar una validación las conclusiones y recomendaciones (utilizando la triangulación) y deben basarse en evidencia fundamentada.

Se alienta a la persona consultora a emplear enfoques innovadores para la recopilación y el análisis de datos. Las propuestas deben ser claras sobre el papel específico de cada uno de los métodos de recopilación de datos para ayudar a abordar cada una de las preguntas de evaluación.

7. Entregables

La persona consultora deberá entregar los siguientes productos:

Producto 1: Informe inicial

El informe deberá incluir como mínimo los siguientes elementos:

- Descripción de la intervención.
- Objetivo, contexto y alcance de la evaluación
- La metodología a utilizar, análisis de evaluabilidad y, criterios de evaluación y las preguntas para la evaluación, marco conceptual, mapeo de partes interesadas, muestra, técnicas, fuentes medios e instrumentos para la recolección y análisis de datos. Riesgos y limitaciones.
- Cronograma detallado de actividades, incluyendo calendarización preliminar de las actividades de recopilación de datos en campo.
- Propuesta de estructura y contenidos del Informe Final

Adicionalmente, deberá presentarse un resumen visual del diseño y la metodología de la evaluación conforme la matriz de evaluación presentada en el Anexo 6.

Este informe deberá presentarse al término de la ronda preliminar de discusiones y análisis de información (diez días después de iniciada la consultoría) y previo a la fase de recolección de datos.

La aprobación de este informe es requisito indispensable para la realización de la etapa de levantamiento de información en campo.

Producto 2: Presentación preliminar de los hallazgos

Al término de la etapa de recopilación de información, la persona consultora deberá hacer una presentación ejecutiva y preliminar (en Power Point) sobre los principales hallazgos. Esta presentación deberá seguir las pautas de las preguntas de la evaluación, y la estructura y contenidos del informe. La presentación se realizará ante el Grupo de Referencia de la Evaluación. El PNUD podrá invitar a otros participantes interesados. Con esta presentación preliminar se pretende brindar retroalimentación para introducir correcciones a errores factuales, identificar vacíos de información y fortalecer la credibilidad de la misma.

Producto 3: Borrador del informe de evaluación

Deberá entregarse en un plazo de 15 días contados a partir de la fecha de presentación el informe preliminar de hallazgos (producto 2). El informe deberá completarse siguiendo la Plantilla de Informe de evaluación y estándares de calidad del la Guía de Evaluación del PNUD disponible en <http://web.undp.org/evaluation/guideline/index.shtml> (Anexo 7).

Dicho informe será examinado por el Grupo de Referencia de la Evaluación y devuelto con observaciones al/la consultor/a en un plazo máximo de cinco días hábiles.

Producto 4: Presentación de los hallazgos de la evaluación, las recomendaciones de la evaluación, lecciones aprendidas y mejores prácticas.

La presentación deberá podrá hacerse remota ante el Grupo de Referencia de la Evaluación y otros invitados en base al borrador del informe de evaluación.

Producto 5: Registro de auditoría. Matriz que detalla como los comentarios, preguntas y clarificaciones han sido atendidas.

Producto 6: Informe final de la evaluación

El equipo de evaluación deberá entregar el informe final de la evaluación, en un plazo máximo de 5 días hábiles después de haber recibido los comentarios u observaciones al borrador del informe.

El informe final de evaluación debería observar la guía de contenido y estándares de calidad establecidos en el anexo 3 de la Sección 4 de la Guía de Evaluación del PNUD (Anexo 7).

El informe se presentará en tres secciones: Un resumen ejecutivo de no más de 5 páginas; un informe de lecciones aprendidas de no más de 2 páginas y el informe final, el cual no deberá exceder de 40 páginas (sin anexos). El informe deberá ser acompañado un documento de “seguimiento de auditoría” de las observaciones.

Los informes y presentaciones serán elaborados en español y entregados en un original impreso y copia electrónica en formato Word y Power Point (según sea el caso). El informe final aprobado deberá presentarse además en versión PDF. Los productos serán entregados al punto focal de Monitoreo y Evaluación del PNUD quien distribuirá los borradores a las partes interesadas para sus comentarios y observaciones. El Grupo de Referencia de la Evaluación se compromete a devolver los informes comentados, en un documento de “seguimiento de auditoría”, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de su presentación.

8. Perfil de la persona evaluadora

- Profesional universitario con grado de Maestría en ciencias sociales, políticas, economía, cooperación al desarrollo o carreras afines.
- Con formación en evaluación o técnicas de investigación o experiencia equivalente de al menos dos años.
- Haber participado como consultor principal o líder de equipo en al menos 3 trabajos relacionados con el diseño o evaluación de proyectos en el área de pobreza o gobernabilidad. Se valorará positivamente la experiencia previa con el PNUD u otras organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas.

- Deseable contar formación demostrable en asuntos de género/derechos humanos o experiencia equivalente en la aplicación del enfoque de al menos dos trabajos.
- Dominio del español y nivel de inglés medio o superior.

La persona consultora podrá apoyarse de otro personal, según sea necesario.

Criterios especiales de elegibilidad:

No será elegible toda persona que **haya participado directamente** en las fases de diseño, gestión, o implementación del programa sujeto a evaluación o los proyectos vinculados. Esta condición aplica a los profesionales especialistas que pudiera subcontratar.

9. Etica de la evaluación

Esta evaluación será conducida en conformidad con los principios establecidos por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG por sus siglas en inglés) en “Lineamientos Éticos para la Evaluación”. La persona consultora de salvaguardar los derechos y la confidencialidad de los informes, entrevistados y socios a través de medidas que aseguren el cumplimiento de los códigos legales y otros relevantes que gobiernan la recolección de información y su reporte. La persona consultora debe también asegurar la seguridad de la información recolectada antes y después de la evaluación y establecer protocolos para asegurar el anonimato y confidencialidad de las fuentes de información según sea requerido. El conocimiento de información y la recolección de datos en el proceso de la evaluación debe ser utilizado exclusivamente para la evaluación y no para otros usos sin la que existe autorización expresa del PNUD y sus socios.

10. Arreglos de implementación

Con la finalidad de asegurar la independencia en el proceso de la evaluación, la persona consultora reportará directamente a la Representante Residente del PNUD El Salvador. El punto focal de Monitoreo y Evaluación del PNUD será la contraparte de la consultoría y responsable del seguimiento a todo el proceso conforme el plan que se acuerde.

El Grupo de Referencia de la evaluación proveerá asesoría al proceso de la evaluación a fin de asegurar la calidad de todo el proceso, la relevancia y propiedad de la metodología aplicada, y que los hallazgos y conclusiones se basan en la evidencia.

El Oficial de programa del Área de Inversión Social y el equipo de proyecto facilitarán la información de base y los arreglos para las reuniones introductorias y preparatorias a la evaluación y establecerán los primeros contactos con los interlocutores del gobierno y otros socios. La persona consultora será responsable de establecer sus propias reuniones, concertar entrevistas o planificar y convocar grupos focales, según la metodología propuesta por la consultoría y aprobada por PNUD.

La persona consultora tendrá la responsabilidad sobre la conducción de la evaluación, así como de la calidad y presentación oportuna de los informes al PNUD.

La persona consultora deberá proveerse por sí mismo los recursos de oficina y equipo para completar el trabajo en tiempo y forma. Asimismo, hará sus propios arreglos de viaje y transporte para las visitas de campo, atender reuniones y presentaciones in situ.

La persona consultora deberá asegurar que cuenta con todos los recursos para cumplir la tarea a su propio costo. Un desglose de dichos costos deberá ser proporcionado en la oferta económica. El PNUD proporcionará únicamente los costos de logística de las reuniones de presentación de los hallazgos preliminares y del informe final.

Garantía de calidad.

El Grupo de referencia será el mecanismo para asegurar la calidad de la evaluación. En este sentido, el Grupo de referencia examinará el proceso de evaluación y sus productos. Asimismo, el punto focal de evaluación del PNUD realizará una revisión interna de todos los productos. Esta revisión tendrá como propósito proveer orientación y supervisar el proceso de evaluación.

Los comentarios, preguntas, sugerencias y solicitudes de aclaración sobre los borradores de evaluación se proporcionarán en un documento de "seguimiento de auditoría" de la evaluación. El equipo de evaluación debe responder a los comentarios a través del mismo documento. Este documento deberá entregarse por separado del informe de evaluación.

11. Calendario

La consultoría tendrá una duración de 8 semanas, período en el cual deberán presentarse los avances, informes de trabajo y presentaciones detallados en la sección VII de estos términos de referencia. El tiempo también incluye el plazo establecido para que el PNUD y el Grupo de referencia de la Evaluación realicen sus comentarios y observaciones a los productos como indicado en la sección IX. A continuación, se resumen un calendario de los hitos principales:

Actividad	Días estimados	Fecha estimada	Lugar	Responsable
Fase 1: trabajo de gabinete e informe inicial				
Reunión inicial con PNUD (Punto focal de evaluación, Oficial de Programa)		A la emisión de la orden de inicio	Remoto	Punto focal de evaluación del PNUD
Entrega de la documentación relevante		A la emisión de la orden de inicio	Vía electrónica	Coordinador del proyecto/Oficial de Programa/ Punto focal de evaluación del PNUD
Trabajo de gabinete – lectura en profundidad de la documentación clave y ronda preliminar de consulta; diseño de la evaluación, metodología y actualización del plan de trabajo incluyendo la lista de personas a entrevistar.	10 días	Dentro de las dos semanas de la emisión de la orden de inicio.	Lugar de residencia	Equipo de evaluación
Presentación del Informe Inicial (15 páginas máximo)		Al día 10, después de la orden de inicio		Equipo de evaluación

Observaciones y comentarios al informe		1 semana después de recibido el informe de inicio	PNUD	Coordinador del proyecto/Oficial de Programa/ Punto focal de evaluación del PNUD. Grupo de referencia.
Fase 2: Misión de recolección de información.				
Consultas y visita de campo, entrevistas en profundidad y aplicación de otros métodos.	12 días	Dentro de las 4 semanas después de la orden de inicio y una vez aprobado el informe inicial	En el país	PNUD organizará con los socios locales, personal del proyecto, autoridades nacionales e informantes clave.
Presentación preliminar de hallazgos al PNUD y socios clave	1 día		En el país	Equipo de evaluación
Fase 3. Redacción del Informe de evaluación				
Preparación del borrador de informe Borrador de Informe	10 días	Dentro de los 15 días después de la presentación preliminar de hallazgos.	Lugar de residencia	Equipo de evaluación
Remisión del informe borrador				Equipo de evaluación
Presentación del informe	1 día		Podrá ser remoto	PNUD, grupo de referencia, socios y equipo de evaluación.
Consolidación de los comentarios al informe por el PNUD y socios.		Dentro de los 5 días después de haber recibido el informe.	PNUD	PNUD Grupo de Referencia
Finalización del informe de evaluación incorporando adiciones y comentarios provistos	3 días	Dentro de los 5 días después de remitidos los comentarios.	Lugar de residencia	Equipo de evaluación
Envío del informe final al PNUD.				Equipo de evaluación

12. Presentación de ofertas y criterios de selección

Los consultores interesados deberán presentar una oferta técnica y una económica.

La oferta técnica deberá incluir una propuesta del diseño preliminar de la evaluación, sugiriendo el marco conceptual, la metodología y las técnicas a emplear para la recopilación de la información necesaria para responder las preguntas de la evaluación, analizar los datos, interpretar los hallazgos e informar sobre los resultados. Se deberá justificar los métodos propuestos tomando en consideración el propósito y objetivo de la evaluación. Además, la oferta técnica deberá incluir un plan de trabajo preliminar, con actividades y tiempos estimados (cronograma). Finalmente, la oferta técnica deberá ser acompañada por las certificaciones y licencias especificados en el formulario de presentación de propuestas y por la hoja de vida de la persona consultora.

La oferta económica deberá desglosar los honorarios por la realización de la consultoría, según se describen en la sección X de estos términos de referencia. El PNUD cubrirá únicamente los costos logísticos para la convocatoria y realización de las reuniones requeridas para realizar las presentaciones preliminares y finales de la evaluación.

El presupuesto total para esta evaluación incluye:

- Un MÍNIMO de 25 días y un MÁXIMO de 35 días de la persona evaluadora, de los cuales hasta 10 días deberían estar en el campo;
- Un boleto de ida y vuelta desde el lugar de residencia / ubicación actual hasta El Salvador (en clase económica).
- Alojamiento y asignación diaria para alimentación y transporte para los días en El Salvador (US \$ 219.00 por día más gastos terminales por \$ 188.00)
- Gastos estimados operativos, incluida comunicaciones, papelería, impresiones.
- Gastos de transporte dentro de la ciudad de San Salvador

13. Honorarios y forma de pago

Los honorarios serán cancelados contra entrega y aprobación de los productos por parte de PNUD, de la siguiente manera:

- Un primer pago del 30% de los honorarios pactados contra entrega y aprobación del Producto 1
- Un segundo pago del 40% de los honorarios pactados contra la entrega y aprobación de los Productos 2, 3 y 4 detallados en la sección 7 de estos términos de referencia.
- Un tercer y último pago del 30% de los honorarios pactados contra entrega y aprobación del Producto 5 detallado en el numeral 7 de estos términos de referencia.

14. Anexos

Anexo 1. Información de Proyectos

Anexo 2. Esquema de Teoría de Cambio

Anexo 3. Marco de Resultados

Anexo 4. Partes interesadas y socios clave

Anexo 5. Lista preliminar de documentos a consultar

Anexo 6. Matriz de evaluación

Anexo 7. Contenido del Informe de Evaluación.

Anexo 8. Código de Conducta.

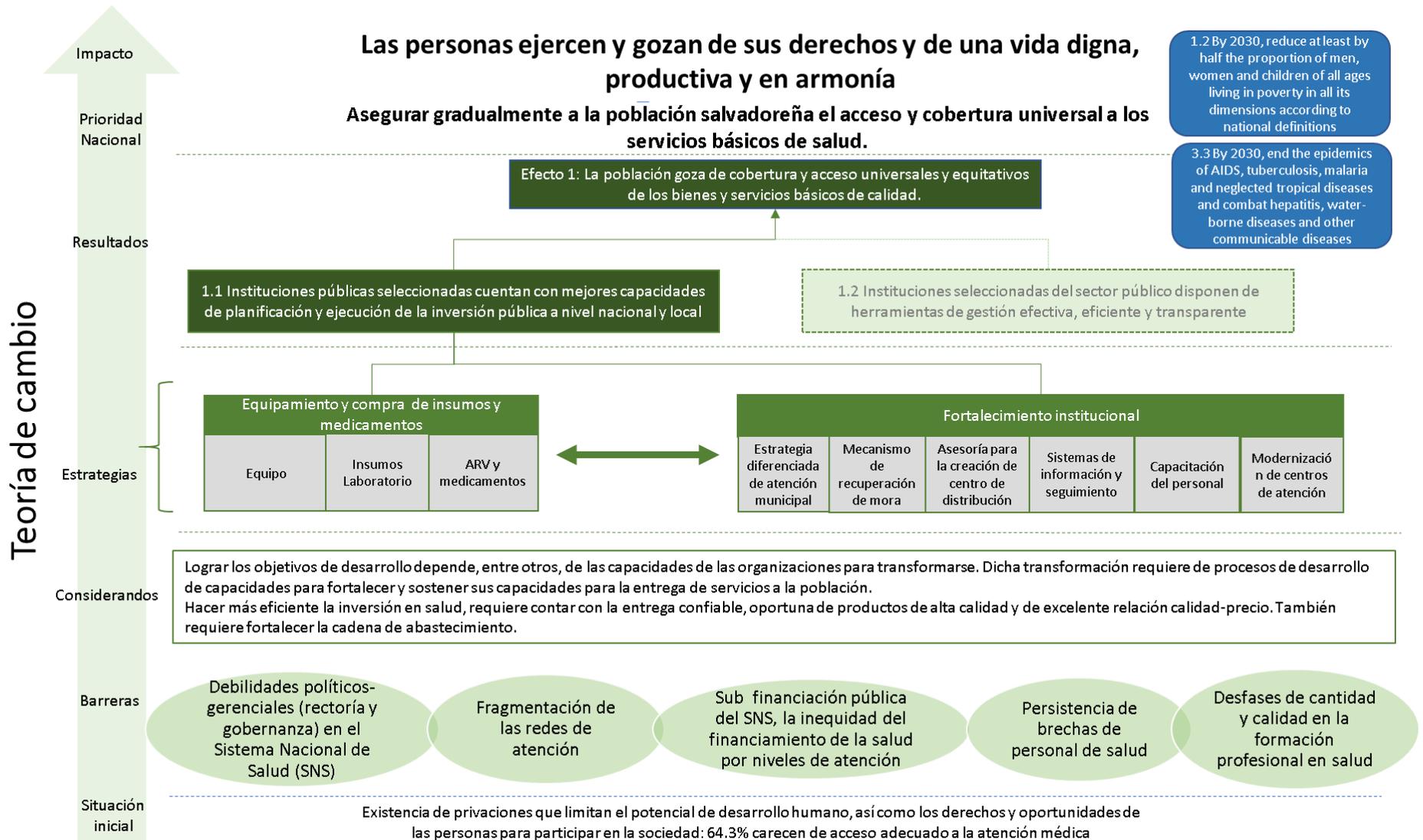
Anexo 1. Información de Proyectos

Información de Proyectos		
Efecto/Producto del CPD	Efecto 1: La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad. 1.1 Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local	
Producto del Plan Estratégico	1.2.1 Capacities at national and sub-national levels strengthened to promote inclusive local economic development and deliver basic services including HIV and related services	
País	El Salvador	
Región	Latinoamérica	
1. Título del Proyecto	Fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis	
Numero de Atlas	00068118/00083506	
Resultado esperado del proyecto	Fortalecer las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis para la respuesta nacional a la tuberculosis, reducir el número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.	
Fecha de firma del documento de proyecto	4/10/2012	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/10/2012	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	7,804,746.45	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	7,462,386.53	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Ministerio de Salud-MINSAL	
2. Título del Proyecto	Promoción y restablecimiento del derecho a la salud, protección social y laboral de trabajadoras y trabajadores del sector privado	
Numero de Atlas	00076049/00087638	
Resultado Esperado del Proyecto	Mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de la mora patronal fortalecido	
Fecha de firma del documento de proyecto	05/11/2014	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	20/10/2014	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	5,135,516.34	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	4,021,187.800	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño del Seguro Social- ISSS	

3. Título del Proyecto	Promoción y restablecimientos del derecho a la salud del derecho a la salud, protección social y laboral de las y los derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social II	
Numero de Atlas	110633/109881	
Resultado Esperado del proyecto	Mecanismos que fortalezcan la recuperación de la mora patronal y provisión oportuna y eficiente del suministro de medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición, reactivos de laboratorio e insumos odontológicos	
Fecha de firma del documento de proyecto	31/10/2018	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/07/2018	31/12/2021
Presupuesto del Proyecto	3,649,842.900	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	85,494.300	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño del Seguro Social-ISSS	
4. Título del Proyecto	Fortalecimiento de las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la mejora en atención a sus derechohabientes	
Numero de Atlas	00061024	
Resultado esperado del Proyecto	Fortalecidas las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) en el cumplimiento de metas organizacionales en lo referente a aspectos de administración de los servicios de salud y equipo de oficina, así también brindado apoyo para la desconcentración de los servicios médicos especializados a través del equipamiento de Unidades Policlínicas Magisteriales; y finalmente en la provisión de medicamentos esenciales, insumos de laboratorio y reactivos.	
Fecha de firma del documento de proyecto		
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/01/2011	31/12/2016
Presupuesto del Proyecto	21,294,728.013	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	21,294,728.013	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial-ISBM	
5. Título del Proyecto	Fortalecimiento ISBM Fase II	
Numero de Atlas	00088365/00095074	
Resultado esperado del proyecto	Fortalecimiento de los servicios brindados por Bienestar Magisterial a sus derechohabientes, a través de la oportuna provisión de medicamentos, insumos y tecnología.	

Fecha de firma del documento de proyecto	N/D	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	01/01/2017	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	10,998,872.100	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	4,998,872.100	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador PNUD	
Asociado en la Implementación	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial-ISBM	
6. Título del Proyecto	Fortalecimiento Institucional de FOPROLYD	
Numero de Atlas	00093487/00097726	
Resultado esperado del proyecto	Capacidades de FOPROLYD fortalecidas para una mejor atención de personas beneficiarias lisiadas de guerra. Atención en salud con énfasis en la población beneficiaria de FOPROLYD.	
Fecha de firma del documento de proyecto	3/05/2016	
Fechas del Proyecto	Inicio	Finalización planificada
	15/02/2016	31/12/2019
Presupuesto del Proyecto	2,409,111.67	
Gastos acumulados al 31 de diciembre de 2018	1,258,134.37	
Fuente de financiamiento	Gobierno de El Salvador	
Asociado en la Implementación	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado - FOPROLYD	

Anexo 2. Esquema de Teoría de Cambio



Anexo 3. Marco de Resultados

Resultado (Producto)	Indicadores	Meta pactada	Meta alcanzada
Efecto 1 del CPD: La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.	1.1 Tasa de pobreza multidimensional: 39.10% (2013) 1.1.(a) TPM Hogares jefeados por mujeres: 37.10% 1.1.(b) TPM Hogares jefeados por hombres: 40.20% Digestyc/EHPM 1.3 Gasto público social per cápita: US\$564.20 (2012) STTP	29.10% 27.10% 30.20%	1.1. 33.4% (2017) 1.1. (a) 36.1 1.1 (b) 28.7 1.3 US\$346.95 (2017)
Producto del CPD: 1.1 Instituciones públicas seleccionadas cuentan con mejores capacidades de planificación y ejecución de la inversión pública a nivel nacional y local	1.1.1 % de la inversión pública ejecutada Nacional: 56.25% Ministerio de Hacienda	70%	59.19 (2017)
Producto del Plan Estratégico: 1.2.1 Capacities at national and sub-national levels strengthened to promote inclusive local economic development and deliver basic services including HIV and related services	1.1.2.1.B.2 Poor people accessing basic services: 8800 (2015) 1.1.2.1.B.3 Proportion of poor accessing basic services Registro anual del GFTAM . PNVIH/MINSAL: Personas con terapia antiretroviral 1.1.2.1.D.2 People with disabilities accessing basic services: 8391 (2015)	8800 100% 8391	9210 (2017) 100% 3421(2018)

Resultado (Producto)	Indicadores	Meta pactada	Meta alcanzada
	<p>Informe anual de Proyecto FOPROLYD e Informe Institucional anual FOPROLYD</p> <p>Indicator 1.2.1.1 National and sub-national governments have improved capacities to plan, budget, manage and monitor basic services: YES (2015)</p> <p>Informes de proyectos</p>	YES	YES
68118/Fortalecer las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis para la respuesta nacional a la tuberculosis, reducir el número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.	Tasa de incidencia de Tuberculosis por 100,000 habitantes 37.4 casos reportados por 100,000 habitantes (Año 2012)	41 casos reportados por 100,000 habitantes	32 casos reportados por 100,000 habitantes
76049/Mecanismo integrado de prevención, seguimiento y recuperación de la mora patronal fortalecido	<p>Lineamientos e instrumentos para la creación de un Sistema Nacional de Protección de los Derechos Laborales creados: Hay mecanismos correspondientes a las atribuciones de cada una de las instituciones del gobierno que se ven involucradas, sin embargo no están integradas ni coordinadas (2013)</p> <p>Abastecimiento adecuado de cuadros de medicamentos solicitados por el ISSS: N/D</p>	<p>Reducir el índice de morosidad en x%</p> <p>-100% de abastecimiento de medicamentos solicitados para 2017 por el ISSS: Antirretrovirales, medicamentos de difícil adquisición y reactivos de laboratorios.</p>	<p>N/D</p> <p>Adquirido 95% de los insumos requeridos</p>

Resultado (Producto)	Indicadores	Meta pactada	Meta alcanzada
110633/Mecanismos que fortalezcan la recuperación de la mora patronal y provisión oportuna y eficiente del suministro de medicamentos ARV, medicamentos de difícil adquisición, reactivos de laboratorio e insumos odontológicos	<p>a) Número de empleadores capacitados y con asesoría sobre cumplimiento de obligaciones sociales: 500 (2017)</p> <p>b) Número de técnicos capacitados en procesos de vigilancia conjunta (Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo e ISSS): 80 (2017)</p> <p>c) % de economía sobre presupuesto en la compra de medicamentos: ARV 26%; Reactivos 35% (2017)</p> <p>d) % del total de líneas de medicamentos adquiridos del cuadro de ArV, reactivos y de medicamentos de difícil adquisición. 3.30%</p> <p>e) % de pacientes de VIH que se declaran satisfechos por los servicios de salud prestados, desagregado por sexo 98%</p> <p>f) Existencia de la División de Abastecimiento: No.</p>	<p>a) 2018:550</p> <p>b) 2018:120</p> <p>c) 2018: ARV: 26% y Reactivos: 35%</p> <p>d) 2018: 3.80%</p> <p>e) 2018: 98%</p> <p>f) 2018: no existe</p>	N/D
61024/Fortalecidas las capacidades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) en el cumplimiento de metas organizacionales en lo referente a aspectos de administración de los servicios de salud y equipo de oficina, así también la desconcentración de los servicios médicos especializados	<p>1. Existencia de plan de desarrollo de capacidades y plan de acción con enfoque de género: NO (2009)</p> <p>2. Valor del ahorro obtenido en la compra de medicamentos: N/D</p>	Completa la entrega de medicamentos e insumos del cuadro de requerimientos de los Policlínicos a nivel nacional	100% de medicamentos, insumos y tecnología entregados (2017)

Resultado (Producto)	Indicadores	Meta pactada	Meta alcanzada
88365/Fortalecimiento de los servicios brindados por Bienestar Magisterial a sus derechohabientes, a través de la oportuna provisión de medicamentos, insumos y tecnología.	% de presupuesto en atención en salud ejecutado: 95% (2016) Proporción de medicamentos adquiridos del total que componen el cuadro de botiquines ISBM: 76% (2016) % de usuarios que se declaran satisfechos por los servicios de salud, desagregado por sexo: 80.9% (2016)	0% (Se prevé iniciar los procesos de adquisiciones para los medicamentos y el equipo de cómputo).	0% (Procesos iniciado para ser completar el ciclo de abastecimiento en 2018) (2017)
93487/Capacidades de FOPROLYD fortalecidas para una mejor atención de personas beneficiarias lisiadas de guerra. Atención en salud con énfasis en la población beneficiaria de FOPROLYD.	% de población meta recibiendo beneficios de la institución (desagregar por sexo) conforme al diagnóstico de necesidades. 0 (2015) % de incremento en la inversión promedio de prestaciones por beneficiario 0 (2015)	10% de incremento en la inversión promedio de prestaciones por beneficiario Al menos el 80% de la población meta recibe los beneficios indicados en el plan institucional, conforme a diagnóstico.	No se tiene el dato de aumento en la inversión promedio 100% de la población meta recibe los beneficios indicados en el plan institucional, conforme a diagnóstico.

Anexo 4. Partes interesadas y socios clave

INSTITUCIÓN	TITULAR	CARGO
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Rafael Antonio Coto	Director presidente
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Johsnny Gómez	Jefe de la división de servicios médicos
Ministerio de Salud	Violeta Menjívar	Ministra de Salud
Ministerio de Salud	Julio Garay	Coordinador Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Ricardo Cea	Director
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	Blanca Patricia Munguía	Jefa de la División de Abastecimiento
FOPROLYD	Irma Segunda Amaya	Presidenta de la Junta directiva
FOPROLYD	Eberhardo O. Ethelwoldo Argueta A.	Subgerente
PNUD	Mónica Merino	Representante Residente Adjunta
PNUD	Rafael Pleitez	Representante Residente Auxiliar - Programa
PNUD	Patricia Montalván	Oficial de Programa
PNUD	José David Pérez	Analista de Adquisiciones
PNUD	Silvia Guzmán	Analista de Gerencia - Punto focal de evaluación
OPS/OMS	Carlos Garzón	Representante OPS-OMS
ONUSIDA	Celina Martínez de Miranda	Oficial de País
GFATM, Ginebra	Carmen González	Portfolio Manager
PNUD, Ginebra	Clemente San Sebastian	Equipo de Apoyo a la Implementación de Iniciativas Sanitarias del PNUD, Ginebra.
Ministerio de Relaciones Exteriores	Ana Vasquez	Directora de Cooperación Internacional

Anexo 5. Lista preliminar de documentos a consultar

1. PNUD. Documento de Programa de País 2016-2020.
2. Documentos de Proyecto
3. Minutas de Junta de Proyecto
4. Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019
5. Informes anuales del Proyecto (2015, 2016, 2017, 2018), estados financieros (CDR) e informes de visitas de campo.
6. Memorias de las Juntas de proyecto.
7. Memorias de labores de las Instituciones contraparte correspondientes a 2015, 2016, 2017 y 2018.
8. Suarez Ramirez, Claudia. Propuesta de Intervención del PNUD en el Sector Salud. 2018.

Anexo 6. Matriz de evaluación

Matriz de Evaluación							
Criterio de la evaluación	Nivel de análisis	Preguntas clave	Sub-preguntas específicas	Fuentes de información	Métodos/herramientas de recopilación de datos	Indicadores/ Estándar de éxito	Métodos para el análisis de datos

Anexo 7. Contenido del Informe de Evaluación

Ver también el Anexo 3 de la Sección 4 de la Guía de Evaluación del PNUD (p. 49)

Título y páginas introductorias

Nombre de la intervención evaluada

Periodo en el que se ha realizado la evaluación y fecha del informe

País de la intervención evaluada.

Nombres de los evaluadores y organización

Nombre de la organización que encarga la evaluación.

Agradecimientos.

Información de la Evaluación		
Tipo de evaluación (proyecto/ efecto/ temática/ programa de país, etc.		
Final, medio término/otra		
Periodo sujeto a evaluación	Inicio	Final
Evaluadores		
Correo electrónico evaluadores		
Fechas de la evaluación	Inicio	Cierre

Índice de contenidos (incluir cuadros, gráficos, tablas y anexos con las páginas de referencia)

Lista de acrónimos y abreviaturas

Resumen Ejecutivo (sección independiente que incluya: la descripción de la intervención evaluada, el propósito y objetivos de la evaluación, aspectos clave del enfoque y métodos de la evaluación, resumen de los principales hallazgos y recomendaciones. Se deberá incluir lo calificaciones otorgadas por el equipo de evaluación a los estándares de calidad y aseguramiento).

Introducción (explicar el propósito de la evaluación, la audiencia principal o usuarios, lo que se espera aprender y uso de la evaluación. Identificar la intervención evaluada y familiarizar al lector con la estructura y contenidos del informe).

Descripción de la intervención (describir lo que se ha evaluado, los beneficiarios y el problema o tema que trata de abordar; explicar el marco de resultados y estrategia de intervención, vincular la intervención con las prioridades nacionales, del MANUD, el resultado corporativo, las prioridades nacionales y los ODS. Identificar la fase de implementación, así como los cambios significativos producidos; los asociados clave, la escala de la intervención, totalidad de recursos, el contexto y apuntalar los resultados del análisis de evaluabilidad).

Alcances y objetivos de la evaluación.

Alcance: definir los parámetros de la evaluación

Objetivos de la evaluación.
Criterios de la evaluación.
Preguntas de la evaluación.

Enfoque de la evaluación y métodos.

Enfoque metodológico, métodos y análisis, y la justificación de su selección.
Fuentes de información
Muestra y marco muestral
Procedimientos e instrumentos de recopilación de datos.
Estándares de desempeño
Participación de las partes interesadas
Consideraciones éticas.
Información sobre antecedentes de los evaluadores
Principales limitaciones y sus implicaciones para la evaluación, así como los pasos dados para paliar las limitaciones.

Análisis de datos (describe los procedimientos utilizados para analizar los datos recabados para responder a las preguntas de la evaluación. Exponer las debilidades potenciales en el análisis de datos y las brechas o limitaciones de los datos.

Hallazgos y conclusiones.

Hallazgos: presentar la declaración de los hechos sobre la base de los análisis de datos. Deberán estructurarse en torno a las preguntas de la evaluación.
Conclusiones: deberán ser completas y equilibradas y subrayar las fortalezas y debilidades y efectos de la intervención y estar sustentadas en la evidencia y conectarse de forma lógica con los hallazgos. Deberán responder a las preguntas de la evaluación.

Recomendaciones (El informe debe dar recomendaciones prácticas y factibles, y estar dirigidas a los usuarios de la evaluación).

Lecciones aprendidas y buenas prácticas. Se refiere al nuevo conocimiento obtenido de una circunstancia e n particular. Deben ser concisas y basadas en las evidencias específicas presentadas en el informe.

ANEXOS

- a. Términos de referencia
- b. Matriz de evaluación e instrumentos de recopilación de datos.
- c. Mapa de partes interesadas
- d. Lista de individuos o grupos entrevistados o consultados y lugares visitados.
- e. Lista de documentos examinados
- f. Mapa de resultados
- g. Tabla resumen de los hallazgos
- h. Código de conducta firmado por los miembros del equipo de evaluación.

Evaluation Consultant Agreement Form

To be signed by all consultants as individuals (not by or on behalf of a consultancy company) before a contract can be issued.

Agreement to abide by the Code of Conduct for Evaluation in the UN System

Name of Consultant: _____

Name of Consultancy organization (where relevant) _____

I confirm that I have received and understood, and will abide by the United Nations Evaluation Group Code of Conduct for Evaluation.

Signed at (place) on (date)

Signature: _____

A. Metodología de Evaluación y Presentación de Ofertas.

Criterios		Puntaje Máximo	Oferente		
			A	B	C
A.	Calificaciones clave	700			
1	<p>Profesional universitario con grado de Maestría en ciencias sociales, economía, cooperación al desarrollo o carreras afines. Deseable contar formación demostrable en asuntos de género/derechos humanos o experiencia equivalente en la aplicación del enfoque de al menos trabajos.</p> <p>Con Maestría en las áreas relacionadas = 70 puntos Con formación o experiencia en asuntos de género o derechos humanos = 30 puntos adicionales</p>	100			
2	<p>Con formación demostrable en evaluación o técnicas de investigación o experiencia equivalente de al menos dos años.</p> <p>No = 0 puntos Si = 70 puntos Formación a nivel de post grado o maestría= 30 puntos adicionales.</p>	100			
3	<p>Haber participado como consultor principal o líder de equipo en al menos 3 trabajos relacionados con el diseño o evaluación de proyectos en el área de pobreza o gobernabilidad. Se valorará positivamente la experiencia previa con el PNUD u otras organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas.</p> <p>Menos de 3 trabajos = 0 puntos 3 trabajos o más = 140 puntos Al menos un trabajo en el área de pobreza o gobernabilidad = 30 puntos adicionales. Experiencia previa con el PNUD u otras organizaciones del SNU. = 30 puntos adicionales</p>	200			
4	<p>Dominio del español y nivel medio o superior de inglés.</p> <p>No = 0 Si = 50</p>	50			

C.	<u>Metodología, enfoque y plan de ejecución</u>	<u>250</u>			
1	<p>Propuesta Metodológica.</p> <p>La propuesta muestra una débil comprensión del objeto a evaluar; no responde al alcance de la evaluación y los métodos propuestos no se consideran apropiados = 0.0 puntos.</p> <p>La propuesta demuestra de forma aceptable la comprensión del objeto a evaluar y el propósito de la evaluación. El enfoque, alcance, criterios de la evaluación y métodos propuestos cumplen con los TdeR. = 140 puntos.</p> <p>La propuesta demuestra una clara comprensión del objeto a evaluar y el propósito de la evaluación. El alcance y criterios de la evaluación, así como el enfoque y métodos propuestos cumplen con los propósitos de ésta y permiten una participación adecuada de los principales actores. = 200 puntos.</p>	200			
7	<p>Plan de trabajo y Cronograma.</p> <p>No cumple con los plazos previstos y no presenta las actividades de forma integrada y coherente= 0.0 puntos.</p> <p>Cumple con los plazos previstos, y presenta las actividades en secuencia aceptable = 35.0 puntos.</p> <p>Cumple con los plazos previstos y presenta las actividades de forma integrada y coherente= 50 puntos.</p>	50			
Subtotal en fase técnica		Puntaje máximo	700		
Fase economica		Puntaje maximo	300		
Puntaje total			1000		

NOTA: El Consultor o Consultora deberá explicitar su experiencia en el CV proforma proporcionado por PNUD para este tipo de consultoría.

La propuesta de la instancia interesada deberá contener lo siguiente:

- i. Carta debidamente presentada de la confirmación de interés y disponibilidad

- ii. Currículum del consultor (a) de acuerdo a lo requerido en estos TDR's
- iii. Breve descripción de por qué la instancia consultora considera que es la más adecuada para el trabajo, y una propuesta metodológica sobre cómo van a abordar y completar la tarea.
- iv. Oferta Técnica que contenga su plan de trabajo tentativo y metodología de trabajo en base a experiencias anteriores; con los siguientes elementos:
 - El objeto a evaluar y el propósito de la evaluación.
 - El alcance y criterios de la evaluación
 - Enfoque y métodos propuestos y justificación
 - Plan de trabajo y Cronograma tentativo de ejecución.
 - Apoyo logístico (presupuestado independientemente de los honorarios profesionales)
 - **Atestados que demuestren los criterios a evaluar e incluir documentos en pdf o links de los estudios o publicaciones presentadas.**
- v. Oferta Económica que indique el precio fijo total del contrato, todo incluido, sustentado con un desglose de los gastos
- vi. El cronograma de actividades, la forma de pago y la oferta económica propuesta pueden articularse adecuadamente con los requerimientos y recursos disponibles para la realización de este estudio.

El PNUD se reserva el derecho de realizar entrevistas de manera presencial o a través de medios de comunicación, con el objeto de aclarar dudas respecto de la información presentada y ampliar información respecto de su propuesta.

B. ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

La administración del presente contrato estará a cargo de la persona Punto focal de Evaluación del PNUD, quien será responsable, sin limitarse, a lo siguiente:

- Emitir la Orden de Inicio, cuando así se establezca en las bases y / o contrato.
- Dar seguimiento a la ejecución del contrato.
- Documentar cualquier incumplimiento del consultor.
- Informar sobre irregularidades presentadas a efecto que esta determine el inicio del proceso sancionatorio correspondiente.
- Informar y documentar al Área de Adquisiciones el inicio del proceso sancionatorio correspondiente.

C. EJECUCIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

Para que la ejecución del contrato se realice en el plazo acordado y de acuerdo a las condiciones pactadas, el administrador del contrato deberá:

- Verificar el cumplimiento de las cláusulas contractuales.
- Conformar y mantener actualizado el expediente de seguimiento de la ejecución del contrato, remitiendo copias al Área de Adquisiciones, de todos los documentos. En el expediente se documentará todo hecho relevante, en cuanto a las actuaciones y documentación relacionada con informes de cumplimiento de contrato, modificaciones y actas de recepción.
- Solicitar al consultor, en caso de incrementos en el monto o prórroga en el plazo del contrato, la actualización de la garantía correspondiente si aplica.
- Cualquier otra responsabilidad que establezca el POPP

D. NEGOCIACIÓN DE HONORARIOS

Una vez identificado el postulante mejor calificado, se puede iniciar la negociación de honorarios. Al menos dos (2) funcionarios participarán en las negociaciones. El punto de partida para esta es la propuesta financiera presentada por el postulante. En las negociaciones se tendrá en cuenta el presupuesto disponible para la asignación, las tarifas de pago definidas para Consultores/Contratistas Individuales internacionales o las tarifas del mercado local para Consultores/Contratistas Individuales locales. La oficina solicitante **no contraerá ningún compromiso antes de la correspondiente adjudicación del contrato** e informará al postulante que el resultado de la evaluación y las negociaciones está sujeto a la aprobación de la adjudicación por la autoridad de adquisiciones correspondiente. El acuerdo final de la negociación se plasmará por escrito en una nota al archivo redactada y suscrita por el equipo de negociación y conservada para efectos de registro interno.

E. CONTRATACIÓN DE FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO

Bajo la modalidad de Contrato Individual del PNUD **no se podrá contratar a funcionarios de gobierno**, a menos que antes del nombramiento se cumplan las siguientes condiciones:

- Se ha recibido de parte del gobierno una carta de no objeción relativa al individuo
- El gobierno en cuestión ha certificado por escrito que el funcionario se encuentra con permiso oficial sin goce de sueldo durante el período de vigencia del Contrato Individual.

Para estos efectos no se considerará funcionario de gobierno a un funcionario pensionado y, como tal, podrá ser contratado.

F. FORMA DE PAGO.

El pago se realizará en parcialidades contra entrega y aceptación de los productos mencionados en los términos de Referencia.

G. PRESENTACIÓN DE OFERTA.

El Consultor que desee participar en la presente invitación, deberá presentar los siguientes documentos:

Documento	Descripción	Archivo
Carta de interés	Se explique porque se considera a sí mismo el/la candidata/a más indicado.	Formato libre
Propuesta de trabajo (propuesta técnica)	Una propuesta del diseño preliminar de la evaluación, sugiriendo el marco conceptual, la metodología y las técnicas a emplear para la recopilación de la información necesaria para responder las preguntas de la evaluación, analizar los datos, interpretar los hallazgos e informar sobre los resultados. Se deberá justificar los métodos propuestos tomando en consideración el propósito y	Formato libre

Documento	Descripción	Archivo
	objetivo de la evaluación. Además, la oferta técnica deberá incluir un plan de trabajo preliminar, con actividades y tiempos estimados (cronograma). Finalmente, la oferta técnica deberá ser acompañada por la hoja de vida de los miembros del equipo consultor oferente	
Documentación legal	Al Consultor/a adjudicado, se le solicitará un chequeo médico simple (No aplica), para efectos de quedar inscrito en el seguro por muerte accidental o invalidez, como resultado de las actividades relacionadas con el servicio.	
Cumplimiento Requisitos Mínimos	Presentar el Formato 1 indicando su experiencia y formación en cada uno de los requerimientos señalados. Adjunto a este formato deberá presentar su CV.	Formato 1
<p>Podrá obtener mayor información relacionada con el proyecto, ver la siguiente dirección http://www.sv.undp.org/</p>		

**Cumplimiento de Requisitos Mínimos a llenar por el Consultor
Formato 1**

	Requisitos Mínimos	A llenar/desarrollar por el consultor (indicar en que página de su oferta se encuentra la información y documentación probatoria)
1	Profesional universitario con grado de Maestría en ciencias sociales, economía, cooperación al desarrollo o carreras afines. Deseable contar formación demostrable en asuntos de género/derechos humanos o experiencia equivalente en la aplicación del enfoque de al menos trabajos.	

2	Con formación demostrable en evaluación o técnicas de investigación o experiencia equivalente de al menos dos años.	
3	Haber participado como consultor principal o líder de equipo en al menos 3 trabajos relacionados con el diseño o evaluación de proyectos en el área de pobreza o gobernabilidad. Se valorará positivamente la experiencia previa con el PNUD u otras organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas.	
4	Dominio del español y nivel medio o superior de inglés	

Atestados que demuestren los criterios a evaluar e incluir documentos en pdf o links de los estudios o publicaciones presentadas.

Atentamente,
(Firma)

Nombre del consultor: *{indicar nombre completo del proponente}*

Dirección: *{Indicar dirección y ciudad}*

Teléfono: *{Indicar número de teléfono de contacto}*

Referencias Laborales

Formato 2

Información Requerida (2 referencias)	A llenar por el consultor
Nombre: Cargo: Número de teléfono: Correo electrónico:	
Nombre: Cargo: Número de teléfono: Correo electrónico:	

**CARTA DEL OFERENTE AL PNUD CONFIRMANDO INTERÉS Y DISPONIBILIDAD
PARA LA ASIGNACIÓN COMO CONTRATISTA INDIVIDUAL (CI)**

[Insertar fecha]

Señores
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
[Ciudad – País]

Estimados Señores,

Por la presente declaro que:

- a) He leído, entendido y acepto los términos de referencia que describen las funciones y responsabilidades del proceso de referencia [indicar Número y Nombre de la Consultoría]
- b) También he leído, entendido y acepto las Condiciones Generales del PNUD para la contratación de servicios de Contratistas Individuales;
- c) Por la presente propongo mis servicios y confirmo mi interés en realizar la asignación a través de la presentación de mi CV, que he firmado debidamente y adjunto como Anexo 1.
- d) En cumplimiento con los requerimientos de los Términos de Referencia, confirmo que estoy disponible por la duración total del contrato, y llevaré a cabo los servicios de la forma descrita en mi propuesta /metodología que adjunto como Anexo 3
- e) Propongo realizar los servicios basado en la siguiente tarifa (seleccionar la opción correspondiente):
 - Un honorario diario de (indicar monto y moneda en palabras y en números) que incluye todos los gastos incurridos, ya sean directos e indirectos. FAVOR NOTAR QUE EL MONTO GLOBAL DEBE COINCIDIR CON EL DESGLOSE DE COSTOS SOLICITADO MÁS ABAJO EN ESTE FORMULARIO MULTIPLICADO POR EL NUMERO DE DIAS DE CONSULTORIA
 - Una suma global fija de (indicar monto y moneda en palabras y en números) FAVOR NOTAR QUE EL MONTO GLOBAL DEBE COINCIDIR CON EL DESGLOSE DE COSTOS SOLICITADO MÁS ABAJO EN ESTE FORMULARIO], pagadera en la forma descrita en los Términos de Referencia.
- f) Para efectos de la evaluación, se incluye en el Anexo 2 el desglose del monto de la suma global fija mencionada anteriormente;
- g) Reconozco que el pago de las cantidades antes mencionadas se realizará con base a la entrega de mis productos dentro del plazo especificado en los Términos de Referencia, los cuales estarán sujetos

a la revisión del PNUD, la aceptación de los mismos, así como de conformidad con los procedimientos para la certificación de los pagos;

h) Esta oferta será válida por un período total de ____ (mínimo 30 días) después de la fecha límite para la presentación de ofertas / propuestas;

i) Confirmando que no tengo parentesco en primer grado (madre, padre, hijo, hija, cónyuge/ pareja, hermano o hermana) actualmente contratado o empleado por alguna oficina o agencia de la ONU [revela el nombre del familiar, la Oficina de Naciones Unidas que contrata o emplea al pariente, así como el parentesco, si tal relación existiese];

j) Si fuese seleccionado para la asignación, procederé a (por favor marque la casilla apropiada):

Firmar un Contrato Individual con PNUD;

Solicitar a mi empleador [indicar nombre de la compañía/organización/ institución] que firme con el PNUD, por mí y en nombre mío, un Acuerdo de Préstamo Reembolsable (RLA por sus siglas en inglés). La persona de contacto y los detalles de mi empleador para este propósito son los siguientes:

k) Confirmando que (marcar todas las que apliquen):

Al momento de esta aplicación, no tengo ningún Contrato Individual vigente, o cualquier otra forma de compromiso con cualquier Unidad de Negocio del PNUD;

Actualmente estoy comprometido con el PNUD y/u otras entidades por el siguiente trabajo:

Asignación	Tipo de Contrato	Oficina PNUD / Nombre de Institución / Compañía	Duración del Contrato	Monto del Contrato

De igual manera, estoy esperando resultado de la convocatoria del/los siguiente(s) trabajo(s) para PNUD y/u otras entidades para las cuales he presentado una propuesta:

Asignación	Tipo de Contrato	Oficina PNUD / Nombre de Institución / Compañía	Duración del Contrato	Monto del Contrato

l) Comprendo perfectamente y reconozco que el PNUD no está obligado a aceptar esta propuesta; también comprendo y acepto que deberé asumir todos los costos asociados con su preparación y presentación, y que el PNUD en ningún caso será responsable por dichos costos, independientemente del efecto del proceso de selección.

m) **Si usted es un ex-funcionario de las Naciones Unidas que se ha separado recientemente de la Organización:**

Confirmando que he cumplido con la interrupción mínima de servicio requerida, antes que pueda ser elegible para un Contrato Individual.

n) Asimismo, comprendo perfectamente que, de ser incorporado como Contratista Individual, no tengo ninguna expectativa ni derechos en lo absoluto a ser reinstalado o recontratado como un funcionario de las Naciones Unidas.

o) ¿Alguno de sus familiares está empleado por el PNUD, cualquier otra organización de la ONU o cualquier otra organización internacional pública?

Si No Si la respuesta es Sí, brinde la siguiente información:

Nombre	Parentesco	Nombre de la Organización Internacional

p) ¿Tiene alguna objeción, en que nos contactemos con su empleador actual?

Si No

q) ¿Es o ha sido, funcionario público permanente de su gobierno?

Si No Si la respuesta es Sí, brinde información al respecto:

r) Liste tres personas (con las que no tenga parentesco) quienes estén familiarizadas con su personalidad y calificaciones:

Nombre completo	Correo electrónico/Teléfono	Empleo u Ocupación

s) ¿Ha sido arrestado, acusado o citado ante cualquier tribunal como acusado en un proceso penal, o condenado, multado o encarcelado por la violación de alguna ley (excluidas las infracciones menores de tránsito)?

Si No Si la respuesta es Sí, dar detalles completos de cada caso en una declaración adjunta.

Certifico que las declaraciones hechas por mí en respuesta a las preguntas anteriores son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier tergiversación u omisión material hecha en un formulario de Historial Personal u otro documento solicitado por la Organización puede resultar en la terminación del contrato de servicio o acuerdo de servicios especiales sin previo aviso.

Firma y aclaración de firma

NOTA: el PNUD podrá solicitar la presentación de los documentos que respalden las declaraciones que hizo anteriormente. No envíe ninguna prueba documental hasta que se le solicite y, en cualquier caso, no envíe los textos originales de referencias o testimonios a menos que se hayan obtenido para el uso exclusivo del PNUD.

Adjuntos a la Carta del Oferente:

- CV (debe incluir información de Educación/Calificaciones, Certificaciones Profesionales, Experiencia laboral)
- Desglose de costos, que respaldan el precio final por todo incluido según el Formulario
- Propuesta técnica/metodológica (mediante breve descripción del enfoque del trabajo a ser realizado)

**ANEXO 2 – CARTA DEL OFERENTE Y DESGLOSE DE GASTOS²³
QUE RESPALDAN LA PROPUESTA FINANCIERA TODO- INCLUIDO**

A. DESGLOSE DE COSTOS, que respaldan el precio final por todo incluido

Rubro	Indicar unidad de medida (Día/global/unitario)	Cantidad	Total por la duración del contrato
Costos Personales			
Honorarios Profesionales			
Seguro de vida			
Seguro médico			
Comunicaciones			
Transporte local			
Otros (favor especificar)			
...			
Viajes al lugar de destino²⁴			
Ticket aéreo (ida y vuelta)			
Viático			
Seguro de viaje			
Gastos terminales			
Otros (favor especificar)			

B. DESGLOSE DE COSTOS, por entregable (base para los pagos):

Entregables / Productos	Porcentaje del Monto Total (Peso para el pago)	Monto (USD)
Producto 1	30%	
Producto 2	40%	
Producto 3	30%	
TOTAL de la oferta por todo concepto (USD)	100%	

Nombre completo y Firma:

[Insertar fecha]

Correo electrónico:

Teléfono:

PROPUESTA TECNICA/METODOLOGICA

²³ Los costos deben cubrir únicamente los requerimientos identificados en los Términos de Referencia (TdRs)

²⁴ Costos de viaje no se requieren, si el Contratista Individual trabaja desde su lugar.

[Insertar fecha]

Señores
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
[Ciudad – País]

[indicar Número y Nombre de la Consultoría]

1. **Capacidades para desarrollar la consultoría**
2. **Marco conceptual (Enfoque)**(máximo una hoja)
3. **Descripción de la metodología, técnicas de recopilación y análisis. Justificación**
4. **Matriz de trabajo para los productos/hitos a entregar**
5. **Plan de trabajo y Cronograma**