

PÚBLICO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

MÉXICO

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

(ME-0159)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

Datos Socioeconómicos Básicos de México

1. Datos Generales

Población Total (miles de habitantes, 1985)	76.850,0
Extensión Territorial (miles de Km2.)	1.958,2
Habitantes por Km2 (1985)	39,2
Tasa de Crecimiento Demográfico (1977-85)	2,7
Producto Interno Bruto por Habitante, 1984 (US\$ 1982)	2.086,1
Mortalidad General por Mil Habitantes (1980-85)	7,1
Mortalidad Infantil por Mil Nacidos Vivos (1980-85)	53,0
Porcentaje de Alfabetismo (1985)	87,9
Nivel de Bajos Ingresos (diciembre 1985), pesos	216.322,0
Tasa de Cambio Controlado (promedio anual 1985) pesos por dólar	256,9
Tipo de Cambio Libre (diciembre 1985) pesos por dólar	371,5

Tenencia de la Tierra y Producción (1970)

	<u>Moderna</u>	<u>Tradicional</u>	<u>Subsistencia</u>	<u>Total</u>
Número de Explotaciones (miles)	200,1	1.140,0	1.479,0	2.815,9
Ejidos	120,3	676,2	1.062,3	1.858,9
Privado	81,2	463,8	412,1	947,1
Porcentaje del Total	7,4	40,1	52,5	100,0
Total de Tierra Dedicada al Cultivo (miles de hectáreas) <u>a/</u>	6.650,0	15.960,0	1.835,0	24.445,0

<u>Población Económicamente Activa</u> <u>Por Sectores (1983)</u>	<u>En Miles</u>	<u>Porcentaje</u>
Agricultura	5.244,7	26,8
Minería y petróleo	266,5	1,4
Manufactura	2.309,7	11,8
Construcción	1.420,8	7,3
Electricidad	65,8	0,3

<u>Tasa de Desocupación Abierta (%)</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>
Área Metropolitana de:					
Ciudad de México	3,9	4,0	6,0	5,8	5,1
Guadalajara	5,8	5,0	6,1	6,1	3,8
Monterrey	4,2	4,9	9,8	7,5	5,6

a/ Incluye algunas tierras de pastizales y bosques.

Producto Interno Bruto	Composición (%)					Tasa Real de Crecimiento Anual			
	1981	1982	1983	1984	1985 a/	1981	1982	1983	1984
Productos de mercado) b/	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	7,9	-0,5	-5,3	3,7
Producto no de mercado									
Producción Bruta	30,0	21,5	17,1	17,6	18,7	13,9	-28,7	-24,9	7,5
Industria	76,9	78,3	77,1	76,6	77,6	7,8	1,2	-1,1	-2,8
Construcción	8,9	10,2	12,1	12,9	12,0	6,2	13,7	11,5	10,5
Servicios	15,9	10,1	6,2	7,2	8,4	120,3	-37,1	-41,7	19,7
Producto no de mercado a/									
Minería	8,8	8,8	9,6	9,5	9,4	6,1	-0,6	2,9	2,5
Industria	3,5	3,8	3,9	3,8	3,8	15,3	9,2	-2,7	1,8
Construcción	24,7	24,1	23,6	23,8	24,6	7,0	-2,9	-7,3	4,8
Industria	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	8,4	6,6	0,7	7,4
Industria	5,7	5,5	4,7	4,7	4,7	11,8	-5,0	-18,0	3,4
Industria	25,8	25,5	24,2	24,0	23,8	8,5	-1,9	-10,0	3,0
Industria y Transportes	7,7	7,4	7,5	7,6	7,7	10,7	-3,8	-4,8	6,4
Industria Financieros	8,1	8,4	9,0	9,0	9,0	3,8	3,0	1,7	2,7
Industria	3,3	3,5	3,8	3,8	3,7	9,1	4,4	3,0	5,3
Servicios	10,8	11,3	11,9	11,8	11,5	7,2	4,4	-0,5	2,6

con datos del "Sistema de Cuentas Nacionales de México". Secretaría de Programación y Presupuesto. Cifras originales a precios

3. <u>Comercio Exterior (millones de US\$)</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985 a/</u>
<u>Exportaciones de Bienes (FOB)</u>	19.420	21.230	22.312	24.196	21.866
<u>Sector Agrícola</u>	1.481	1.233	1.189	1.461	1.323
<u>Sector Manufacturero</u>	2.688	3.018	4.583	5.595	5.267
<u>Sector Petrolero</u>	14.573	16.477	16.017	16.601	14.767
Petróleo crudo	13.305	15.623	14.793	14.968	13.309
<u>Otros Sectores</u>	678	502	524	539	509
<u>Importaciones de Bienes (FOB)</u>	23.927	14.437	8.551	11.254	13.460
Bienes de consumo	2.813	1.517	614	848	1.075
Bienes intermedios	13.541	8.418	5.740	7.833	9.162
Bienes de capital	7.575	4.503	2.197	2.573	3.223
4. <u>Balanza de Pagos (millones de US\$)</u>					
<u>Cuenta Corriente</u>	-12.544	-6.221	5.324	4.238	541
Balanza comercial	-4.510	6.793	13.761	12.942	8.406
Servicios no factoriales	-775	-851	621	950	446
Servicios factoriales	-7.545	-12.459	-9.360	-10.064	-8.540
Transferencias netas	286	296	302	411	452
<u>Cuenta de Capital</u>	21.929	6.754	1.106	39	-1.276
Préstamos netos	20.775	7.914	7.867	3.609	1.675
Inversión directa	1.189	1.657	461	391	491
Otros	-35	-2.817	-7.222	-3.961	-3.442
<u>Cambios de Reservas (- aumento)</u>	-1.012	4.738	-3.301	-3.201	2.329
<u>Errores y Omisiones</u>	-8.373	-5.271	-917	-924	-1.688

a/ Preliminar.

Fuente: Banco de México, Informe Anual. Secretaría de Programación y Presupuesto, Boletín Mensual.

5. <u>Finanzas Públicas</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985 a/</u>
	(En porcentajes del PIB)				
<u>Gobierno Federal</u>					
Ingresos Corrientes	15,9	16,3	18,6	17,3	16,9
Gastos Corrientes	16,2	23,7	22,9	21,4	20,8
Ahorro en Cuenta Corriente	-0,3	-7,4	-4,3	-4,1	-3,9
Ingresos de Capital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gasto de Capital	6,5	5,0	4,0	3,3	3,8
Déficit Total	6,8	12,4	8,3	7,4	7,7
 <u>Sector Público Consolidado</u>					
Ingresos Totales Presupuestales	26,0	30,2	34,4	34,2	32,2
Egresos Totales Presupuestales	38,3	44,8	42,0	41,5	40,5
Déficit Económico	12,3	14,6	7,6	7,3	8,3
Intermediación Financiera	2,4	2,9	1,3	1,4	1,6
Déficit Financiero del Sector Público	14,7	17,5	8,9	8,7	9,9

a/ Preliminar.

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de Programación y Presupuesto:
Información sobre Gasto Público 1969-78 y Boletín Mensual de Información Económica.

Rev.23-V-86

- v -

	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>
6. Sistema Bancario Consolidado (Saldos a fin de año. Variación %)					
Oferta Monetaria (Ml)	32,8	62,1	41,2	63,1	
Quasi Dinero (M4) <u>b/</u>	n.d.	69,9	59,9	66,8	
Crédito Interno Total <u>c/</u>	n.d.	134,0	53,9	44,4	
7. Precios (Variación %)					
Deflactor del PIB	27,1	61,2	92,1	66,0	
Consumidor					
Promedio Anual	28,7	58,9	101,9	65,5	
Fin de Año	28,7	98,9	80,8	59,2	
8. Deuda Externa (Millones de US\$)					
	77.916	85.830	93.697	97.307	98.100
<u>Largo Plazo</u>	52.923	59.462	82.298	87.507	89.100
Pública	42.723	51.362	67.498	69.007	71.100
Privada	10.200	8.100	14.800	18.500	18.000
<u>Corto Plazo</u>	24.993	26.147	10.139	7.440	6.000
<u>Créditos con FMI</u>	-	221	1.260	2.360	2.000

a/ Preliminar.

b/ Incluye moneda y billetes, depósitos a la vista en moneda nacional y extranjera, instrumentos de ahorro y otros pasivos financieros.

c/ Incluye financiamiento total en moneda nacional e intermediación financiera en moneda extranjera a los sectores públicos y privado no bancario.

n.d. No disponible.

Fuente: Banco de México. Informe Anual e Indicadores Económicos.

9. <u>Servicios de la Deuda Externa</u> (Millones de US\$)	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985 a/</u>
Intereses	8.429	12.203	10.198	11.716	9.917
Amortizaciones	5.968	6.263	8.308	8.270	-
Intereses como Porcentaje de las Exportaciones de Bienes	29,0	46,7	37,5	38,9	35,9

10. <u>Préstamos del BID</u> (Autorizados 1961-1985)	<u>Millones de US\$</u>	<u>Por ciento del Total</u>
<u>Por Fondos</u>		
<u>Total</u>	3.787	100,0
Capital Ordinario	1.550	40,9
Capital Interregional	1.638	43,3
Fondo para Operaciones Especiales	562	14,8
Fondo en Administración	37	1,0
<u>Por Sector (%)</u>		
<u>Sectores Productivos</u>		
Agricultura y Pesca	1.826	48,2
Industria y Minería	645	17,0
Turismo	216	5,7
<u>Infraestructura Física</u>		
Energía	-	-
Transporte y Comunicaciones	354	9,3
<u>Infraestructura Social</u>		
Salud Pública y Ambiental	360	9,5
Educación y Ciencia y Tecnología	135	3,6
Desarrollo Urbano	91	2,4
<u>Otros</u>		
Financiamiento Exportaciones	73	1,9
Preinversión	88	2,3
Otros	-	-

a/ Preliminar.

DOC. DATA-ME
DSK. RGIME
Rev.23-V-86
ECC/POOL

M E X I C O

PROPUESTA DE PRESTAMO

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

(ME - 0159)

I. INFORMACION BASICA DE LA OPERACION

A. Prestatario

1.01 Nacional Financiera, S.N.C. (NAFIN).

B. Garante

1.02 Estados Unidos Mexicanos.

C. Ejecutor

1.03 Secretaría de Salud (SSA).

D. Objetivos y Descripción del Programa

1.04 Los objetivos del Programa son: (a) ampliar la cobertura de servicios de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, a fin de alcanzar poblaciones que actualmente no cuentan con dichos servicios; (b) fortalecer y ampliar la red de establecimientos de segundo nivel en localidades donde existe marcada deficiencia de camas hospitalarias para poblaciones de bajos ingresos; (c) contribuir al mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios de salud de la SSA y de los Estados; y (d) coadyuvar en el proceso de descentralización de los servicios de salud. El Programa incluye la construcción y equipamiento de establecimientos de salud del primer nivel (centros de salud) y del segundo nivel (hospitales de 60 y 120 camas), así como un componente de desarrollo de la capacidad operativa que comprende la investigación evaluativa, la capacitación de recursos humanos, el desarrollo de la supervisión y evaluación y la promoción de la participación comunitaria.

E. Costo Total y Financiamiento

1.05 El costo total del programa se estima en el equivalente de US\$76,3 millones, para cuyo financiamiento se propone un préstamo por US\$30,0 millones, en divisas, de los recursos del capital interregional del Banco, y un préstamo por US\$11,3 millones, en moneda local, del Fondo para Operaciones Especiales. La contrapartida local sería equivalente a US\$35,0 millones.

F. Términos y Condiciones de los Préstamos

- 1.06 Los términos y condiciones principales de los préstamos propuestos serían los siguientes:

	<u>Préstamo IC</u>	<u>Préstamo FCE</u>
Tasa de interés:	variable	3% anual
Comisión de Crédito:	1,25% sobre saldos no desembolsados	-
Inspección y Vigilancia:	1% del financiamiento	1% del financiamiento
Período de Amortización:	20 años, incluyendo 4½ años de gracia	25 años, incluyendo 4½ años de gracia
Período de desembolso:	4 años	4 años

II. MARCO DE REFERENCIA

A. Marco Normativo del Sistema Nacional de Salud

- 2.01 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de todo mexicano a la protección de la salud. Esta alta prioridad nacional ha sido reflejada en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-88, la Ley General de Salud de 1984 y el Programa Nacional de Salud 1984-88.

1. Plan Nacional de Desarrollo 1983-88

- 2.02 El Plan Nacional de Desarrollo 1983-88 define las prioridades, objetivos y estrategias del desarrollo económico y social de México, durante dicho sexenio. El Plan, en lo que se refiere al Sector Salud, establece las siguientes prioridades generales: (a) promover la cobertura nacional de los servicios de salud; (b) mejorar el nivel de salud de la población, particularmente el de los sectores rurales y urbanos rezagados y de los grupos más vulnerables; (c) contribuir a un crecimiento demográfico armónico con el desarrollo económico y social del país; y (d) fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente la constituida por menores, ancianos y minusválidos.

2. La Ley General de Salud

- 2.03 La Ley General de Salud, vigente desde el 10. de julio de 1984, establece las bases del Sistema Nacional de Salud. Dicho sistema está integrado por las dependencias y entidades federales y estatales de la administración pública y por las personas físicas o jurídicas de los sectores sociales y privados que prestan servicios de salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (SSA). La Ley General de Salud busca racionalizar el uso de los recursos disponibles, ampliar la cobertura de los servicios y homogenizar su calidad básica.

- 2.04 Además de establecer las bases y modalidades del acceso de la población a los servicios de salud, la Ley alienta la descentralización de los servicios a través de una delegación de competencias entre el gobierno federal y los gobiernos estatales con base en los respectivos convenios de descentralización. Al 30 de marzo de 1986, se habían ejecutado convenios de descentralización entre el gobierno federal y 12 estados.

3. Programa Nacional de Salud 1984-88

- 2.05 En su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Salud, la SSA formuló en 1984 un programa sectorial a mediano plazo, denominado Programa Nacional de Salud 1984-88 (PNS). El PNS pone especial énfasis en el Primer Nivel de Atención, considerando como una meta a alcanzar en el año 2000 el otorgar 1,36 consultas al año por habitante en población abierta (actualmente se otorgan 0,57). Para el Segundo Nivel, la aspiración es llegar a alcanzar 3,0 egresos por cada 100 habitantes (actualmente se alcanza 1,6).
- 2.06 El diagnóstico del PNS indica las características y problemas fundamentales que enfrentan los servicios de salud en las áreas de atención médica, salud pública y asistencia social, entre los cuales se han identificado los siguientes: (a) servicios de salud insuficientes y heterogéneamente distribuidos, especialmente en los núcleos dispersos de población; (b) prioridad hacia la medicina curativa en vez de la preventiva; (c) ineficiencias operativas que deterioran la calidad de los servicios; y (d) una infraestructura limitada e inadecuada para las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria.
- 2.07 Con base en el diagnóstico anterior, el PNS define los 6 objetivos que orientarán las acciones de la administración pública en el campo de la salud: (a) proporcionar atención médica a toda la población y mejorar su calidad básica; (b) abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles y los accidentes; (c) promover la salud de la población, disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando su autocuidado; (d) coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente; (e) apoyar la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto de la decisión y dignidad de las parejas; y (f) contribuir al bienestar social de la población, por medio de la asistencia social a los grupos más vulnerables.

B. Cobertura de Salud

1. Tipos de Instituciones y Poblaciones Atendidas

- 2.08 Para el otorgamiento de servicios de salud a la población total del país existen tres tipos de instituciones: (1) las instituciones privadas; (2) las instituciones del sistema de seguridad social; y (3) las instituciones del sector público que brindan atención a la población abierta que no tiene relación formal de trabajo y por ende no está cubierta bajo la seguridad social.

- 2.09 La medicina privada atiende a unos 3,7 millones de habitantes (aproximadamente 5% de la población nacional)
- 2.10 Las instituciones de seguridad social incluyen al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El IMSS cuenta con aportes del gobierno federal, de los beneficiarios y de las empresas privadas. El ISSSTE cuenta con el aporte federal y de los empleados públicos.
- 2.11 El sistema de seguridad social atiende a cerca de 34,3 millones de personas (44% de la población total) compuestas por trabajadores y sus familiares, de las cuales 27 millones son atendidas por IMSS (36% del total), 6 millones se encuentran a cargo del ISSSTE (8% del total) y 1,3 millones bajo la responsabilidad de otras instituciones públicas federales, como son PEMEX, MARINA, etc.
- 2.12 Las instituciones públicas que brindan atención a la población abierta, que se estima en unos 40 millones de habitantes, incluyen las de la Secretaría de Salud (SSA) y del Programa IMSS-COPLAMAR.
- 2.13 El Programa IMSS-COPLAMAR es el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria para prestar servicios médicos a la población de escasos recursos en zonas marginales rurales. Este programa se ejecuta bajo la dirección del IMSS, pero con recursos provistos por el presupuesto federal. El Programa IMSS-COPLAMAR atiende alrededor del 14,5% de la población (11 millones de habitantes) que no tiene protección dentro del sistema de seguridad social.
- 2.14 Las instituciones de la SSA atienden a unos 13 millones de habitantes incluyendo los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. Las instituciones de la SSA se describen a continuación.
- 2.15 Se estima que unos 14 millones de mexicanos de la población abierta no tienen acceso efectivo a servicios institucionales de salud. El Programa propuesto se dedicaría a disminuir la proporción de la población abierta que carece de atención médica adecuada, de acuerdo con el Programa Nacional de Salud del gobierno mexicano.

2. Modelo de Atención de la Población Abierta de la SSA

- 2.16 El Modelo de Atención de la Población Abierta utilizado por la SSA establece tres niveles de atención: primer nivel (atención primaria y ambulatoria), segundo nivel (atención hospitalaria general) y tercer nivel (atención hospitalaria especializada).
- 2.17 El primer nivel va desde la acción de un promotor voluntario, al funcionamiento de Casas de Salud Rural y Unidades Auxiliares de Salud, hasta los Centros de Salud Rurales para Población Dispersa (CSRD), los Centros de Salud para Población Concentrada (CSRC) y los Centros de Salud Urbanos (CSU). La configuración arquitectónica de los centros de salud se basa en una estructura modular referida en números de consultorios.

- 2.18 Las funciones de un Centro de Salud Rural son: Servicios de consulta médica general, atención de urgencia, vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, control materno-infantil y planificación familiar, saneamiento ambiental, educación para la salud y organización de la comunidad. Los Centros Rurales deberán además capacitar promotores voluntarios en las localidades bajo su responsabilidad.
- 2.19 En los Centros de Salud Rural de Población Concentrada, se agrega la atención odontológica.
- 2.20 El Centro de Salud Urbano tiene las mismas funciones, con mayor énfasis en el control pre y post natal, primeros auxilios, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos.
- 2.21 El segundo nivel consiste en hospitales generales de 30 a 180 camas. Actualmente existen sólo hospitales de 60 y 120 camas por razones económicas y funcionales. Estos hospitales tienen funciones preventivas, curativas, de rehabilitación, de formación y adiestramiento de recursos humanos y de investigación. Las funciones curativas de los hospitales de segundo nivel comprenden los cuatro servicios básicos: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría. Tienen laboratorio clínico, de Rayos X, electrocardiografía y otros, así como servicios de urgencia. Los hospitales de 120 camas cuentan además con servicios complementarios de dermatología, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología y estomatología, así como con servicios de anatomía patológica.
- 2.22 El tercer nivel está constituido por institutos nacionales y hospitales especializados a cargo de la SSA. Estos incluyen los institutos nacionales de oncología, cardiología, enfermedades respiratorias, neurología y neurocirugía, nutrición, pediatría y perinatología, todos ellos vinculados orgánica y programáticamente a la SSA.

3. Recursos Físicos del Sector Salud Pública

- 2.23 En México existen un total de aproximadamente 57.467 camas hospitalarias, lo cual significa un promedio de 0,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes. El país también dispone de un total de unos 28.211 consultorios de atención ambulatoria, que en promedio realizan 0,57 consultas por habitante por año. Estos indicadores demuestran una marcada deficiencia de camas y consultorios y de la respectiva cobertura. El siguiente cuadro compara la disponibilidad de camas y de servicios ambulatorios del país, con la de los otros países del Grupo A y de los Estados Unidos y Canadá.

Recursos Físicos en México
y otros países - 1984

	<u>ME</u>	<u>AR</u>	<u>BR</u>	<u>VE</u>	<u>EU</u>	<u>CANADA</u>	<u>Metas</u> <u>OPS</u>
Camas p/1.000 habitantes	0,7	5,4	4,3	2,7	5,7	16,2	4,5 <u>c/</u>
Consultas médic. por habitante	0,57	6,2	1,5 <u>b/</u>	1,8	n.a.	5,5	2,0 <u>d/</u>
Egresos hospit. p/habitante	1,6	6,6 <u>a/</u>	11,0 <u>b/</u>	5,5	16,7	16,1	10,0 <u>d/</u>

a/ Sólo el área metropolitana.

b/ No incluye al sector privado.

c/ OPS. Reunión de Punta del Este, 1971.

d/ OPS. Plan Decenal para las Américas, 1979/1980.

FUENTE: OPS/QMS, Informe Anual del Director, 1984 y Plan Nacional de Salud, 1984-88 de México.

- 2.24 Estos indicadores de consultas médicas y de camas y egresos hospitalarios en México evidencian la necesidad urgente de fortalecer la infraestructura de servicios de salud del país a través de la construcción y equipamiento de establecimientos de salud adicionales, tal como se propone en el presente documento.

4. Recursos Humanos del Sector Salud Pública

- 2.25 El sector público cuenta con aproximadamente 54.000 médicos y 76.000 enfermeras (entre universitarias y no universitarias). Un 70% de los mismos presta sus servicios en los sistemas de seguridad social y el 30% restante en los de población abierta. Estos últimos deben atender a un mayor porcentaje de la población (más de 50% del total). Estas cifras deben ser ajustadas debido a que un número elevado del personal presta sus servicios en más de una institución.
- 2.26 Existen en el país 56 escuelas médicas, 47 de odontología y 15 de enfermería, que producen anualmente alrededor de 8.000 médicos, 5.000 odontólogos y 10.000 enfermeras. Esa disponibilidad de personal profesional tiene un nivel aceptable, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud.

III. EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO

A. Objetivos

- 3.01 El Programa propuesto está orientado hacia el principal objetivo general del Plan Nacional de Salud de proporcionar servicios de

atención de la salud a toda la población con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar la calidad básica de los mismos. Para ello, se hace necesario ampliar la cobertura de servicios de salud a fin de alcanzar a la población abierta actualmente no atendida, de acuerdo con el Modelo de Atención a la Población Abierta de la SSA.

3.02 Los objetivos específicos del Programa propuesto son los siguientes:

- a. Ampliar la infraestructura de servicios de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, a fin de alcanzar poblaciones que actualmente no cuentan con dichos servicios;
- b. Fortalecer y ampliar la red de establecimientos de segundo nivel en localidades donde existe marcada deficiencia de camas hospitalarias para poblaciones de bajos ingresos;
- c. Contribuir al mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios de salud de la SSA y de los estados; y
- d. Coadyuvar en el proceso de descentralización de los servicios de salud.

B. Descripción

3.03 Para cumplir con los objetivos antes descritos, se propone la realización de un programa global de obras múltiples que incluiría la construcción y equipamiento de aproximadamente:

Primer nivel:

- 220 Centros de Salud Rural para Población Dispersa (CSRD);
- 60 Centros de Salud Rural para Población Concentrada (CSRC);
- 60 Centros de Salud para Población Urbana (CSU);

Segundo nivel:

- Hospitales de 60 camas y de 120 camas, con un total de 720 camas.

3.04 Adicionalmente, se incluiría en el Programa propuesto un componente de asesoría e investigación para el desarrollo de la capacidad operativa de los servicios existentes y de los servicios adicionales a ser incluidos en el Programa, con énfasis en los niveles estatal y local.

1. Componente de Construcción y Equipamiento de Establecimientos de Salud

a. Tipos de establecimientos de salud y equipos a ser financiados

3.05 Los Centros de Salud Rural para Población Dispersa (CSRD) se ubicarán en localidades con más de 1.000 habitantes y menos de 2.500.

Constarán de un área construída de 108 m², de acuerdo con un diseño que constituirá el módulo básico de atención de las obras del Programa. Incluyen un consultorio médico, sala de curaciones e inmunizaciones, cuarto de observación, sala de espera, área de servicios generales y residencia médica. La planta de personal comprenderá un médico general o un pasante en servicio social y una auxiliar de enfermería seleccionada en la comunidad y especialmente adiestrada en cursos y en servicio.

- 3.06 Los Centros de Salud para Población Rural Concentrada (CSRC) se ubicarán en localidades con más de 2.500 y menos de 15.000 habitantes. Su superficie de construcción será de 121 a 175 m² y constarán de 1 a 3 módulos, de acuerdo con la población a ser cubierta. Tendrán de 1 a 3 consultorios médicos, siendo el resto esencialmente semejante a los CSRD además de un consultorio dental. La planta de personal estará integrada por 1 a 3 médicos, 1 a 3 auxiliares de enfermería, 1 a 3 promotores de salud, 1 pasante de odontología y un auxiliar administrativo.
- 3.07 Los Centros de Salud Urbanos (CSU) se ubicarán en localidades con más de 15.000 habitantes. Su superficie de construcción serán de 121 a 591 m² y tendrán de 1 a 6 módulos. Constarán de 1 a 6 consultorios médicos, un consultorio odontológico, un laboratorio clínico, recintos para inmunizaciones y curaciones, almacén, farmacia, área administrativa, sala de espera y sanitarios. De acuerdo con la infraestructura del área de influencia podrán contar en algunos casos con un laboratorio y sala de Rayos X. La planta de cada módulo de atención será constituida por un médico, una auxiliar de enfermería, un promotor y un odontólogo o pasante de odontología. El laboratorio y Rayos X serán operados por personal técnico. El personal directivo y de apoyo estará definido de acuerdo al tamaño del centro.
- 3.08 En relación con los hospitales, se prevé que el Programa incluirá unos 10 hospitales generales de 60 camas y uno de 120 camas, si bien podría verse durante la ejecución del Programa la conveniencia de modificar estas proporciones. Los hospitales de 60 camas se ubicarán en localidades de 20.000 a 50.000 mil habitantes. El área de construcción será de 4.270 m². Contarán con servicios de emergencia, consulta externa, médica y odontológica y hospitalización para pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía general, así como de servicios de laboratorio, radiología, farmacia y demás servicios de apoyo y logísticos. Su planta de personal será integrada por aproximadamente 168 funcionarios, entre ellos 30 profesionales, 82 técnicos y auxiliares y 56 administrativos.
- 3.09 El hospital de 120 camas se ubicará en una localidad con 50.000 a 100.000 habitantes y tendrá un área de construcción de 7.052 m². Contará con la misma infraestructura descrita para los hospitales de 60 camas, pero con el doble de capacidad. El plantel de personal estará integrado por aproximadamente 336 funcionarios, de los cuales 54 serán profesionales, 168 técnicos y auxiliares y 114 administrativos.

- 3.10 La SSA ha elaborado las listas detalladas de materiales, equipos y medicinas que corresponderían a la dotación de cada una de las unidades antes descritas. El detalle del equipo y material que recibirá cada área funcional de los establecimientos a construirse está definido en el manual que para el efecto fue elaborado por la Dirección de Normas de Infraestructura y Equipamiento Médico de la SSA. Las normas contenidas en este manual se consideran adecuadas.

b. Criterios de selección

- 3.11 Los criterios de selección que serán utilizados para determinar la localización de las obras a construirse con recursos del Programa se presentan en el Apéndice IV de esta Propuesta (Descripción del Programa - Anexo A de los Contratos de Préstamo). Tal como se señala en dichos criterios, se toma en cuenta el tamaño geográfico y la población de la sede de la unidad de nueva creación, el número de habitantes bajo su área de influencia, así como el grado de dispersión geográfica de la población dentro de dicha área. Adicionalmente, se considera el desplazamiento normal de la población en general y la existencia de medios y vías de comunicación asociada a isócronas de traslado, definidas de acuerdo a las condiciones locales.

c. Muestra representativa

- 3.12 Para aplicar los criterios de selección a la situación actual y preseleccionar el universo de localidades elegibles de ser incluidas en el Programa, la SSA organizó en 1985 un seminario taller con todos los coordinadores de los servicios de salud de los 31 estados del país, en que se preparó un mapa nacional señalando: (i) los servicios de salud existentes, y (ii) las localidades con población abierta sin cobertura, ya sea por falta de acceso a las instalaciones de salud o porque el nivel actual de atención es inadecuado, con especificaciones del tamaño y densidad de la población y las distancias en tiempo y kilómetros entre las poblaciones de un área determinada y los establecimientos de salud actuales.
- 3.13 El mapeo así elaborado proporcionó los elementos fundamentales para la determinación de las necesidades a ser atendidas en el país. Basado en los resultados de este ejercicio, se definió un universo de unidades de salud del primer nivel (atención primaria) y del segundo nivel (hospitalización) que serían dimensionadas y ubicadas de acuerdo con el objetivo de optimizar su costo-eficacia. Este proceso de mapeo se describe en detalle en el Capítulo VI del Informe de Proyecto.
- 3.14 Del universo descrito en el párrafo anterior, se definió una muestra representativa de unidades de primer y segundo nivel que: (a) cumplen con los criterios de selección anteriormente descritos; (b) cuentan con terrenos en avanzado proceso de adquisición o donación y con diseños y planos finales de ingeniería realizados para las licitaciones de las obras puedan iniciarse con posterioridad a la eventual aprobación del Programa; y (c) permitan la ejecución ininterrumpida del Programa.

- 3.15 La muestra incluye 61 CSRD, 35 CSRC y 42 CSU y 5 hospitales de 60 camas, los cuales en su conjunto representan, aproximadamente, el 42% de los costos directos del Programa. Adicionalmente, cada una de las distintas versiones modulares de los centros están representadas en la muestra. La muestra, consecuentemente, se ha utilizado para diseñar y dimensionar el Programa.
- 3.16 Los estados en que se ubicarían las unidades de salud del Programa propuesto, de acuerdo con la muestra representativa, son Puebla, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Guerrero, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo.

2. Componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa

- 3.17 El Programa propuesto incluye un importante componente de mejoramiento de la capacidad operativa de la SSA y de las entidades estatales que estarán a cargo de la administración de los servicios de salud de acuerdo con la descentralización actualmente en proceso. Las actividades de este componente se han diseñado para responder directamente a las debilidades institucionales identificadas en el Plan Nacional de Salud (ver párrafo 4.07), y complementan los programas actuales de la SSA para el mejoramiento de sus servicios. Este componente también aprovechará la experiencia adquirida en el Programa IMSS-COPLAMAR, que beneficia a la misma población abierta que el Programa propuesto. El Apéndice III-11 del Informe de Proyecto contiene los términos de referencia tentativos del personal que tendrá a su cargo este componente.
- 3.18 Las áreas programáticas de este componente serán las siguientes:
- a. Investigación Evaluativa de Servicios de Salud y de la Demanda
- 3.19 Este componente contribuirá a un mejor conocimiento de la realidad en materia de salud a través de la obtención de diagnósticos más confiables sobre las características sociales y epidemiológicas de la demanda y las características de los servicios de salud. Se llevará a cabo investigación en estados seleccionados. Cada esquema estatal comprenderá un estudio piloto a través de una muestra de centros comunitarios donde existen servicios y donde se instalarán nuevos.
- 3.20 Para esta actividad, se prevé la necesidad de contratar los servicios de: (i) 2 asesores internacionales expertos en el campo de la investigación de la salud, por 13 meses cada uno; (ii) 2 asesores nacionales especialistas en el mismo campo, por 42 meses cada uno; (iii) 4 investigadores titulares, por 42 meses cada uno; (iv) 8 ayudantes de investigador, por 42 meses cada uno; (v) 12 encuestadores/codificadores, por 24 meses cada uno; (vi) un administrador por 2 meses; y (vii) una secretaria y un chofer. Adicionalmente, se adquirirían una minicomputadora, máquinas de escribir y dos camionetas para transporte.

b. Capacitación de Recursos Humanos

- 3.21 Este componente contribuirá al mejoramiento de los conocimientos del personal de salud en todos los niveles, se unificarán los criterios de operación y se formarán actitudes y destrezas para que el personal preste a la población una atención adecuada. La capacitación comprenderá varias categorías de personal profesional, técnico y administrativo. Se espera adiestrar alrededor de 5.000 personas del primer nivel de salud y 5.000 del segundo nivel.
- 3.22 La capacitación se desarrollará en el área normativa y operativa estatal y local. Los recursos humanos se capacitarán agrupados en dos tipos: (i) los profesionales y técnicos bajo la responsabilidad de la Dirección General de Enseñanza de la SSA y (ii) Administrativos bajo la responsabilidad de la Oficialía Mayor de la SSA. Los centros de capacitación para técnicos del primer nivel de salud estarán ubicados en un centro modelo del estado correspondiente, y los del segundo nivel en un hospital modelo. Los centros de capacitación para personal administrativo se ubicarán en las jefaturas estatales.
- 3.23 Para realizar la capacitación, se prevé la necesidad de contratar: (i) 2 asesores internacionales expertos en capacitación, por 6 meses cada uno; (ii) 4 asesores nacionales especialistas en el mismo campo, por 6 meses cada uno; y (iii) 24 técnicos en capacitación de personal de un total de 385 meses/hombre.

c. Supervisión y Evaluación:

- 3.24 Dentro de este componente, se espera diseñar y poner en práctica esquemas de supervisión y evaluación que permitan una adecuada operación de los servicios de salud. La estrategia fundamental será formar equipos estatales y coordinados por las jefaturas de salud, los que realizarán visitas a todas las áreas. Los sistemas estatales recibirán apoyo de expertos en el campo de supervisión y evaluación. La evaluación se llevará a cabo periódicamente y contará con un esquema de avance y logros con estudios ex-ante y ex-post.
- 3.25 Para realizar esta actividad, se contratarán los servicios de: (i) 2 asesores internacionales expertos en la supervisión y evaluación de servicios de salud, por un total de 32 meses/hombre; (ii) 2 asesores nacionales especialistas en el mismo campo, por un total de 56 meses/hombre; y (iii) 6 técnicos en supervisión y evaluación por 42 meses cada uno.

d. Promoción de la Participación Comunitaria

- 3.26 Este componente comprende un proceso de educación para la salud con el objeto de lograr la participación activa e interesada de la población en las acciones de desarrollo del sistema de la SSA y en el autocuidado individual, familiar y colectivo. Se estudiarán las características culturales de las poblaciones de los estados seleccionados y se aplicarán esquemas adecuados en centros seleccionados. Las estrategias básicas serán actividades de capacitación directa a la población, capacitación de los escolares y

del núcleo familiar e información y orientación de la población a través de medios promocionales y de medios masivos de comunicación. Se crearán comités municipales de salud y mejoramiento del medio y grupos promocionales dependientes de estos comités. Participarán representantes municipales y los promotores del área.

- 3.27 Para la realización de esta actividad, se contratarán (i) 1 asesor internacional por 12 meses; (ii) 2 asesores nacionales, por un total de 20 meses/hombre; y (iii) 12 técnicos, por 42 meses cada uno. Además se adquirirán 12 vehículos con equipo de sonido, cine, televisión, videocasetera y plantas generadora de electricidad, así como películas, videocassettes y grabaciones.

C. Costo Total y Plan de Financiamiento del Programa

1. Costo Total del Programa

- 3.28 El costo total del Programa propuesto asciende al equivalente de US\$ 76,3 millones (tipo de cambio utilizado M\$N350 = US\$1), de acuerdo con el cuadro de costos presentado seguidamente:

Costo Total y Plan de Financiamiento

(en miles de US\$)

	BID			Aporte Local	TOTAL	%
	Divisas	Local	Total			
1. <u>Ingeniería y</u> <u>Administración</u>	-	-	-	3.260	3.260	4,3
2. <u>Costos Directos</u>	24.935	10.433	35.368	25.153	60.521	79,3
(a) Construcción	14.534	7.178	21.712	13.388	35.100	
(b) Equipos	10.401	3.255	13.656	11.765	25.421	
3. <u>Costos Concurrentes</u>	-	-	-	5.767 a/	5.767	7,6
(a) Terrenos	-	-	-	3.167	3.167	
(b) Desarrollo de Capacidad Operativa	-	-	-	2.600	2.600	
4. <u>Gastos Financieros</u>	5.065	867	5.932	820	6.752	8,8
(a) Intereses	4.765	754	5.519		5.519	
(b) Comisión de Crédito				820 b/	820	
(c) Inspección y Vigilancia	300	113	413	-	413	
Total	30.000 =====	11.300 =====	41.300 =====	35.000 =====	76.300 =====	100,0 =====
%	39,3	14,8	54,1	45,9	100,0	

a/ Ver párrafo 3.33

b/ Pagadero en dólares.

- 3.29 El costo total de las construcciones está basado en los diseños elaborados por la SSA y en construcciones similares realizadas en los últimos años por el IMSS. La construcción representa el 46,0% del costo total del Programa, incluyendo escalamiento e imprevistos.
- 3.30 El costo de equipamiento, basado en adquisiciones recientes para establecimientos similares, alcanza a US\$25.421 miles, incluyendo un 10% de imprevistos y el escalamiento calculado de acuerdo con las normas técnicas del Banco.
- 3.31 Los gastos financieros incluyen los intereses capitalizables durante el período de ejecución (4 años), la comisión de crédito e inspección y vigilancia del Banco.

- 3.32 Tal como se nota del cuadro anterior, la categoría de ingeniería y administración representa el 4,3% del costo total del Programa, lo cual se estima razonable para este tipo de Programa.
- 3.33 Además de las inversiones señaladas en el cuadro de costos, habrán costos incrementales de operación y mantenimiento durante el período de ejecución del Programa que se estiman en el equivalente de US\$22,0 millones. Como parte del proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados, estos recursos provendrán, por una parte, de las asignaciones presupuestarias autorizadas por la SPP para la SSA y para los estados, y por otra parte, de los fondos que contribuirán los propios estados, tal como se establece en los convenios de descentralización firmados entre el Gobierno Federal y los estados. Como un reflejo de la alta prioridad que se asigna a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para la población abierta en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-88 y en el Programa Nacional de Salud, las autoridades mexicanas a nivel nacional y estatal se han comprometido a aportar los recursos necesarios para la operación y el mantenimiento a partir de la entrada en servicio de cada uno de los establecimientos del Programa. Las estimaciones efectuadas permiten concluir que estos costos incrementales, una vez que todas las unidades de salud del Programa se encuentran funcionando a plena capacidad, ascenderán aproximadamente al equivalente de US\$18,8 millones anualmente, suma que por las razones indicadas se considera estará disponible oportunamente (ver Capítulo VI, Viabilidad Financiera del Programa).

2. Financiamiento propuesto del Banco

- 3.34 El financiamiento del Banco en divisas ascendería a US\$30,0 millones, lo cual representa el 39,3% del costo total del Programa y corresponde a un porcentaje ligeramente menor que el máximo establecido para programas del sector infraestructura social de un país del Grupo A. Adicionalmente el Banco aportaría el equivalente de US\$11,3 millones en moneda local. Los recursos del Banco se emplearían para financiar: (a) aproximadamente 56% de los costos de construcción y equipos; (b) intereses durante el período de construcción; y (c) la inspección y vigilancia del BID.
- 3.35 Los recursos del préstamo del Banco en divisas provendrían del IC, con una tasa de interés variable y un plazo de amortización de 20 años. La primera cuota de amortización se pagaría a los 6 meses de la fecha prevista del último desembolso. Los recursos del préstamo del Banco en moneda local provendrían del FOE, con una tasa de interés de 3% y un plazo de amortización de 25 años. La primera cuota de amortización del préstamo FOE también se pagaría a los 6 meses de la fecha prevista del último desembolso.
- 3.36 La utilización de recursos FOE se considera justificada basado en la distribución prevista de los beneficios del Programa a grupos de bajos ingresos (ver párrafo 6.10).

3. Aporte local

- 3.37 El aporte local, equivalente a US\$35,0 millones, provendrá del presupuesto nacional con recursos específicamente asignados por la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) como contrapartida nacional al Programa y con aportes de los gobiernos estatales en forma de terrenos para las obras a ejecutarse en sus respectivas jurisdicciones. La SPP también asignará recursos financieros para cubrir los gastos de operación y mantenimiento de los establecimientos después de construídos y equipados, a través del presupuesto anual de la SSA, los cuales no están incluidos en el costo total del Programa. Con los aportes locales se financiaría: (a) la totalidad de la categoría de ingeniería y administración; (b) una parte de los costos directos de construcción y equipamiento; (c) la totalidad del costo de los terrenos; y (d) la comisión de crédito.
- 3.38 Con los recursos del aporte local también se cubriría la totalidad del costo del componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa, con la excepción de los servicios de consultoría internacional que serían financiados en forma paralela por la PNUD a través de la OPS. El costo de los servicios de estos consultores internacionales se estima en US\$330.000.

IV. EL PRESTATARIO Y EJECUTOR

A. El Prestatario

- 4.01 El prestatario del Banco sería Nacional Financiera, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo (NAFIN), en su calidad de agente financiero del Gobierno Federal.
- 4.02 Los préstamos propuestos contarían con la fianza solidaria de los Estados Unidos Mexicanos.

B. El Ejecutor

- 4.03 La responsabilidad general para la ejecución del Programa recaería en la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Presupuesto de la Subsecretaría de Planeación. La descripción y detalle de las funciones de la Unidad Ejecutora se describen en el Capítulo V.
1. La Secretaría de Salud (SSA)
- a. Responsabilidades y funciones
- 4.04 La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su Artículo 39 establece las responsabilidades y funciones de la SSA: (a) crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar en el territorio nacional; (b) administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública; (c) organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República; (d)

realizar el control e inspección sobre preparación y circulación de comestibles y bebidas; y (e) prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.

b. Organización y Personal

- 4.05 La autoridad superior de la SSA corresponde al Secretario quien establece y dirige la política de la Secretaría de acuerdo a los lineamientos definidos por el gobierno federal. La Secretaría cuenta con 2 direcciones generales (Comunicación Social y Asuntos Jurídicos), 3 subsecretarías (Planeación, Regulación Sanitaria y Desarrollo y Servicios de Salud), así como la Oficialía Mayor y Contraloría Interna.
- 4.06 A octubre de 1985 la SSA contaba con un total de 100.546 personas, desagregado de la siguiente forma: Personal de Dirección (2.474); Médico (12.770); Técnico (10.508); Enfermería (25.382); y Administrativo (49.412).

c. Capacidad Institucional

1. Capacidad Operativa

4.07

(*) (2) la investigación en salud, que se ha llevado a cabo sin referirse a un marco general que le señale campos prioritarios; (3) la insuficiente coordinación intrasectorial, ante lo cual se estima que en alrededor de 500 localidades existe duplicación entre las unidades de la SSA y las del programa IMSS-COPLAMAR en términos de su área de influencia; (4) la inadecuada infraestructura para proporcionar capacitación y adiestramiento a personal de salud y coordinación con las necesidades de los servicios de salud; (5) la insuficiencia de los programas de educación para la salud, lo que dificulta la participación de la población en acciones de promoción y protección de salud; (6) la inadecuada infraestructura de distribución y conservación de insumos a nivel nacional; (7) la inadecuada infraestructura para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, con deficiente aplicación de las normas existentes; y (8) la medicina preventiva, que al no alcanzar los niveles requeridos condiciona una demanda de atención médica por padecimientos y riesgos factibles de ser evitados o disminuidos mediante acciones de prevención.

- 4.08 Los datos existentes (1984) referentes a la producción de servicios de las unidades del Primer y Segundo Nivel, evidencian la baja productividad de la red de la SSA, asociada, en gran parte, a la insuficiente capacidad operativa existente en esas unidades.

(*) A solicitud del país prestatario, parte de la información contenida en el párrafo 4.07 no se divulgará. La no divulgación de esta información es de conformidad con la excepción de información específica de países contemplada en el párrafo 4.1 i de la Política de Acceso a Información del Banco, documento GN-1831-28.

- 4.09 Para el funcionamiento del sistema de salud de la SSA, existen extensos lineamientos jurídicos, político-programáticos y normativos, así como prioridades establecidas según criterios epidemiológicos, con detalles programáticos de actividades, metas e indicadores para medir el logro de las metas, por nivel de atención y por tipo de servicio. Sin embargo, no existen las condiciones operativas satisfactorias para una eficiente utilización de tales instrumentos con el fin de mejorar la productividad del sistema.
- 4.10 En vista de la situación se ha incluido como componente importante del Programa propuesto, el componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa, que incluye cuatro áreas programáticas para reforzar la capacidad operativa de la SSA y de los estados encargados de la ejecución del Programa y del funcionamiento de los servicios públicos de salud del país. Las actividades que componen este componente responden directamente a las ineficiencias identificadas.

ii. Capacidad para la Supervisión de Obras

4.11

(*) El IMSS, que en varias ocasiones ha ejecutado proyectos para la SSA, ha cobrado en promedio un 5% de los gastos directos de construcción para cubrir sus gastos de diseño, ingeniería y supervisión. Como las unidades de salud se ejecutarán en numerosos estados de la federación mexicana, la decisión sobre qué institución o empresa sería la que supervisaría la construcción de las obras, se deberá tomar antes de convocar a cada licitación, de acuerdo con la Recomendación A.1, Apéndice III.

V. EJECUCION DEL PROGRAMA

A. El Ejecutor y Mecanismo de Transferencia de Recursos

- 5.01 Actuará como organismo executor del Programa propuesto la Secretaría de Salud (SSA). NAFIN, S.N.C., el Prestatario y agente financiero del Gobierno Federal, recibirá los recursos del financiamiento, los cuales conjuntamente con los fondos de contrapartida, serán transferidos a la SSA por la vía presupuestaria.

B. Unidad Ejecutora

- 5.02 Para la ejecución del Programa, la SSA ha designado a la Dirección General de Planeación y Presupuesto de la Subsecretaría de Planeación como Unidad Ejecutora del Programa. El personal adicional necesario de la Unidad Ejecutora se contratará en forma escalonada de acuerdo con un cronograma presentado al Banco, el cual se considera adecuado para cubrir las necesidades operativas de la ejecución del Programa. Este personal se contratará a tiempo completo y con dedicación exclusiva. La Unidad Ejecutora también recibirá colaboración y apoyo de las demás unidades operativas y administrativas de la SSA.

(*) A solicitud del país prestatario, parte de la información contenida en el párrafo 4.11 no se divulgará. La no divulgación de esta información es de conformidad con la excepción de información específica de países contemplada en el párrafo 4.1 i de la Política de Acceso a Información del Banco, documento GN-1831-28.

1. Organización y Funciones de la Unidad Ejecutora

5.03 La Unidad Ejecutora tendrá la siguiente estructura y funciones:

- Dirección: dirigir, coordinar y supervisar las actividades financieras, administrativas, institucionales y técnicas del Programa;
- Finanzas y Administración: vigilar el cumplimiento de las cláusulas del contrato de préstamo; llevar a cabo la presupuestación y contabilidad del Programa; procesar los desembolsos; elaborar los informes financieros; mantener los subsistemas de compras, personal, archivo, seguridad, etc.;
- Construcción y Equipamiento: preparar y realizar las licitaciones, evaluar el organismo contratado para la supervisión de obras y los contratistas; vigilar y fiscalizar la ejecución de obras e instalación de equipos;
- Análisis y Evaluación: elaborar los informes de ejecución del Programa; diseñar y operar los sistemas de información estadística para las diversas informaciones del Programa; y prestar seguimiento y control del avance del Programa;
- Desarrollo de Capacidad Operativa: coordinar este componente, incluyendo las actividades de investigación, capacitación, supervisión y evaluación y participación comunitaria.

C. Ejecución del Componente de Construcción y Equipamiento de Establecimientos de Salud

1. Plazos de Ejecución

5.04 El componente de Construcción y Equipamiento de Establecimientos de Salud sería ejecutado en cuatro años contados a partir de la vigencia de los eventuales contratos de préstamo. El plazo para la iniciación material de obras vencerá a los 2-1/2 años a partir de la fecha de vigencia de los contratos de préstamo en el caso de los hospitales de 60 y 120 camas, y a los 3 años para los otros tipos de establecimientos de salud a ser incluidos en el Programa. Finalmente, el periodo de desembolsos expirará a los 4 años a partir de la fecha de vigencia del contrato de préstamo.

5.05 El plazo de 3 años para la iniciación material de los centros de salud se considera justificado debido a que su período de construcción es relativamente corto en relación con el plazo de ejecución total del Programa. El período de construcción y equipamiento varía de seis meses en el caso de los CSRD y los CSRC y CSU de un módulo, hasta 11 meses para los CSU de seis módulos. En cambio, se estima que los hospitales se construirían y equiparían dentro de un período de 16 a 18 meses, por lo cual se recomienda el plazo contractual de 2 años y medio para este tipo de obra.

2. Diseños para el Programa

- 5.06 Los diseños básicos para cada categoría de obra a ser construida han sido realizados por la Dirección de Proyectos de la SSA sobre la base de diseños modulares. Dichos diseños se consideran adecuados para la ejecución del Programa.

3. Procedimiento de Licitaciones

- 5.07 Las obras del Programa se ejecutarán a través de licitaciones. Dichas licitaciones se llevarán a cabo de acuerdo con el procedimiento acordado entre el Banco y México.

4. Cronograma de Ejecución

- 5.08 El siguiente cuadro señala el número aproximado de unidades del Programa que serían completadas por año durante el período de ejecución:

<u>Unidades a ser Completadas</u>					
	<u>Año 1</u>	<u>Año 2</u>	<u>Año 3</u>	<u>Año 4</u>	<u>Total</u>
<u>Centros de Salud Rural Disperso:</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	<u>60</u>	<u>33</u>	<u>220</u>
<u>Centros de Salud Rural Concentrado:</u>	<u>18</u>	<u>24</u>	<u>15</u>	<u>3</u>	<u>60</u>
1 módulo	10	15	8	-	33
2 módulos	8	6	7	3	24
3 módulos	-	2	-	-	2
4 módulos	-	1	-	-	1
<u>Centros de Salud Urbano:</u>	<u>9</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>4</u>	<u>60</u>
1 módulo	5	5	-	-	10
2 módulos	3	5	8	-	16
3 módulos	1	2	-	1	4
4 módulos	-	3	3	1	7
5 módulos	-	5	7	-	12
6 módulos	-	3	6	2	11
<u>Hospitales 60 camas</u>	<u>-</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>10</u>
<u>Hospital 120 camas</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>1</u>

5. Recursos Humanos

- 5.09 Para el funcionamiento adecuado de las unidades de salud incluidas en este componente, se estima que será necesario que se asignen los siguientes recursos humanos:

<u>Tipo de Personal</u>	<u>Primer Nivel</u>	<u>Segundo Nivel</u>
Profesionales	700	354
Técnicos y Auxiliares	600	988
Administrativos	<u>1.721</u>	<u>674</u>
Total	3.021 =====	2.016 =====

- 5.10 Este personal será asignado a las respectivas unidades de salud en la medida en que entren en servicio durante la ejecución del Programa.

6. Transporte

- 5.11 Para el desarrollo de sus actividades, las unidades rurales de salud deben ser visitadas periódicamente por un grupo supervisor zonal, integrado por un médico, un promotor y un técnico en mantenimiento. El transporte necesario para este esfuerzo será proveído por cada estado, con ayuda financiera del presupuesto de la SSA, la cual no está incluida en el Programa. Los vehículos, tanto las ambulancias como otros para uso general, serán administrados por los estados con carácter zonal. Las zonas serán organizadas por el Secretario de Salud del estado correspondiente, de acuerdo con las características individuales de cada estado.

7. Mantenimiento

- 5.12 El mantenimiento de los establecimientos construidos con recursos del Programa en estados que ya han suscrito convenios de descentralización con el gobierno federal, será realizado por el estado respectivo, de acuerdo con las estipulaciones de dichos convenios de descentralización. En los casos de establecimientos construidos en estados que no han suscrito, todavía, convenios de descentralización con el gobierno federal, la SSA se encargará del mantenimiento respectivo.
- 5.13 Con el fin de asegurar que los inmuebles y equipos del Programa serán mantenidos en forma adecuada, la SSA debe comprometerse a presentar, dentro del primer trimestre de cada año, comenzando en 1988 y durante los 7 años siguientes, (i) el plan anual para la operación y mantenimiento de las obras y equipos del Programa; y (ii) un informe sobre la gestión del año anterior sobre la conservación y mantenimiento de las mencionadas obras y equipos, de acuerdo con dicho plan.

D. Ejecución del Componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa

- 5.14 Las diversas actividades de este componente (investigación, capacitación, supervisión y evaluación y participación comunitaria)

responden directamente a las deficiencias operativas identificadas en el Programa Nacional de Salud. A través de la investigación evaluativa de servicios y de la demanda se generarán nuevos conocimientos y se identificarán problemas y necesidades que deben ser considerados en los servicios. La capacitación de personal médico y administrativo que trabaja en el sistema de salud aumentará su capacidad y contribuirá a mejorar la calidad básica de los servicios que se presten. A su vez, el desarrollo de esquemas de supervisión y evaluación permitirá adquirir experiencias que se reflejarán en la atención a la población abierta. Finalmente, la promoción de la salud entre la población beneficiada conllevará un mayor interés por parte de las comunidades de apoyar y participar en las labores que se prestarán en los centros de salud y hospitales del Programa.

- 5.15 Las actividades de las 4 áreas programáticas se llevarán a cabo en tres fases: 1) fase de fortalecimiento de la infraestructura; 2) fase de aplicación y consolidación; y 3) fase de integración.
- 5.16 La primera fase será una fase preoperativa, diagnóstica, esencialmente programático-normativa. Su duración será de aproximadamente 6 meses. La segunda fase será de ejecución de las consultorías y de aplicación de los conocimientos adquiridos tanto para las nuevas unidades, como para la red permanente. Esta fase durará aproximadamente 3 años. La tercera fase será de integración total de la tecnología desarrollada. Esta fase será realizada permanentemente por los servicios organizados de la SSA y de los estados con posterioridad al período de ejecución del Programa propuesto.

E. Calendario de Inversiones

- 5.17 A continuación se presenta el calendario tentativo de inversiones, en forma resumida, con el señalamiento de los importes correspondientes a los recursos del financiamiento del Banco y del aporte local:

Calendario Tentativo de Inversiones
(US\$ miles o su equivalente)

	<u>Año 1</u>	<u>Año 2</u>	<u>Año 3</u>	<u>Año 4</u>	<u>Total</u>
Banco					
IC	8.163	7.020	10.050	4.767	30.000
FOE	3.375	4.580	2.373	972	11.300
Total	<u>11.538</u>	<u>11.600</u>	<u>12.423</u>	<u>5.739</u>	<u>41.300</u>
Aporte Local	<u>12.250</u>	<u>12.102</u>	<u>8.100</u>	<u>2.548</u>	<u>35.000</u>
Total	<u>23.788</u>	<u>23.702</u>	<u>20.523</u>	<u>8.287</u>	<u>76.300</u>
%	<u>31,2%</u>	<u>31,1%</u>	<u>26,9%</u>	<u>10,8%</u>	<u>100%</u>

F. Disponibilidad de Proveedores y Contratistas de Obras

- 5.18 Según las políticas del Banco y el Procedimiento de Licitaciones acordado entre el Banco y el Prestatario, la construcción de las obras y el suministro de materiales deberán licitarse internacionalmente, lo cual permitirá la participación de proveedores de los países miembros del Banco. El país, sin embargo, cuenta con empresas constructoras que por sus características están en condiciones de realizar el tipo de construcciones previstas en el Programa.
- 5.19 Con respecto a la disponibilidad de materiales, la industria nacional produce el acero estructural, cemento, cerámicas y todos los materiales necesarios para las construcciones a ser realizadas en el Programa propuesto. Adicionalmente, se considera que el país dispone de capacidad empresarial suficiente para satisfacer las necesidades que demandarán las construcciones de obras.

G. Inspección y Vigilancia del BID

- 5.20 La inspección y vigilancia del Programa por parte del Banco estará a cargo de la Representación del BID en México.

H. Anticipo de Fondos

- 5.21 Como medida tendiente a agilizar la ejecución del Programa, se recomienda conceder un anticipo de fondos con cargo a los recursos de los eventuales préstamos por un máximo equivalente a 10% del monto de cada préstamo.

I. Auditoría Externa

- 5.22 De conformidad con la práctica corriente en México, a partir del ejercicio correspondiente al año en que se inicie la ejecución del Programa, los estados financieros anuales de NAFIN durante la vida del préstamo, deberán ser presentados al Banco anualmente con dictamen de una firma de contadores públicos independientes, aceptable para el Banco. Los estados financieros del Programa, durante su ejecución, serán presentados anualmente al Banco refrendados por la Secretaría competente del Garante.

J. Evaluación a Posteriori

- 5.23 Para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos del Programa, la SSA deberá recopilar la información básica y anual indicada en el Apéndice IV de esta propuesta y presentarla al Banco hasta que realice la evaluación a posteriori del Programa a más tardar tres años a partir de la fecha fijada para el último desembolso.

VI. JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

A. Viabilidad Técnica

- 6.01 El Programa propuesto responde a uno de los objetivos básicos del Plan Nacional de Salud, de dar servicios de atención de la salud a toda la población del país, con especial énfasis en el primer nivel de atención. Existen aproximadamente 14 millones de personas de grupos económico-sociales más postergados, de bajos ingresos, que no tienen acceso fácil a servicios de salud. El Programa propuesto dará cobertura a cerca del 20% de esta población, a través de la construcción, equipamiento y puesta en marcha de aproximadamente 220 CSRD, 60 CSRC, 60 CSU, 10 hospitales de 60 camas y 1 hospital de 120 camas. Esto no satisface las necesidades totales de atención a la salud, en especial en el segundo nivel, pero significará un gran avance sobre la situación actual. A la luz de esta realidad, se ha estimado que la meta en atención ambulatoria para los servicios del Programa, llegará a 0,9 consultas por habitante por año proyectado al año 2000.
- 6.02 No se anticipan problemas en la dotación de personal médico adicional, a la luz del elevado número de graduados por año y debido a que antes de graduarse el médico debe cumplir con el "servicio social", trabajando durante un año en el medio rural o en establecimientos de ciudades pequeñas.

B. Viabilidad Institucional

- 6.03 La SSA cuenta con los recursos físicos y humanos necesarios para la planificación, construcción, puesta en marcha y operación de los servicios incluidos en el Programa, con la excepción de la supervisión de la construcción de obras que será contratada con una o más entidades especializadas. Asimismo, se considera que la Unidad Ejecutora del Programa, tal como está diseñada, tendrá la capacidad operativa y técnica de ejecutar adecuadamente el Programa propuesto. No obstante, la capacidad operativa y técnica de la SSA y de los servicios de salud de los estados necesitan fortalecimiento para asegurar el funcionamiento efectivo de los establecimientos de salud a su cargo y para aumentar la productividad de los servicios de salud, tanto los actuales como los nuevos a ser incluidos en el Programa propuesto. Con este fin se ha incluido dentro del Programa un componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa que comprende: la capacitación de recursos humanos; investigación evaluativa en servicios de salud; mejoramiento de la supervisión y evaluación; y promoción de la participación comunitaria.

C. Viabilidad Financiera

- 6.04 El impacto del Programa en términos de recursos necesarios para atender oportunamente la contrapartida local y los gastos incrementales de operación y mantenimiento de los establecimientos de salud del Programa, se examinaron en base de una proyección de necesidades de recursos nacionales.

- 6.05 La contrapartida anual promedio durante la ejecución del Programa, equivalente a US\$8,75 millones, representa el 1,6% de los gastos totales que tuvo la SSA en 1985 (equiv. US\$541,2 millones).
- 6.06 Los gastos corrientes incrementales resultantes del Programa propuesto, una vez que los establecimientos entren en plena operación, requerirán el equivalente de US\$18,8 millones anuales de aportes locales. En relación al presupuesto nacional de 1985 para Gastos Corrientes, estos aportes significan asignaciones adicionales de aproximadamente 0,3%, y representan un aumento de aproximadamente 4,0% del presupuesto para Gastos Corrientes asignado a la SSA para los servicios de salud. Dado el alto nivel de prioridad y compromiso otorgado a la expansión de servicios de salud por el Gobierno Mexicano, y teniendo en cuenta que los recursos necesarios para cubrir los gastos de operación y mantenimiento representan aumentos relativamente pequeños, se considera que se contará oportunamente con los recursos necesarios para cubrir estos gastos de las unidades de salud.

D. Viabilidad Económica

- 6.07 El cálculo de la demanda del Programa se basa en el estudio pormenorizado que realizó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR-1982), el ejercicio de mapeo nacional (SSA-1985), y la encuesta longitudinal de atención de salud iniciada en 1985 por la Dirección General de Epidemiología de la SSA. Las prioridades y los criterios de ubicación se establecieron a nivel nacional (excluida la zona metropolitana de ciudad de México) para una población esencialmente rural (población abierta) que actualmente no tiene acceso a la atención de salud, pero dentro de los márgenes de eficacia en función de los costos. Esta población alcanza un total de alrededor de 6,4 millones de habitantes. Sin embargo, el Programa según ha sido dimensionado, brindaría servicios en esta etapa a solamente once estados mexicanos y a una población beneficiaria de alrededor de 2,8 millones de personas.
- 6.08 Sobre la base de un análisis de 15 instalaciones de salud prototipo, existe evidencia razonable de que el Programa puede proporcionar servicios eficientes y de bajo costo mediante centros de salud para pacientes ambulatorios de poblaciones rurales, dispersas y concentradas y de poblaciones "urbanas" en zonas periféricas, y hospitales para poblaciones de captación, ubicadas en zonas de economía eminentemente rural. Los insumos de inversión y recurrentes están diseñados para ser eficaces en función de los costos. El valor presente de los costos económicos por unidad para el nivel I, es decir, los centros de salud, varía de US\$2,11 a US\$4,50 por consulta, lo que equivale alrededor de 40% menos que en la mejor alternativa "sin el Programa". Los costos unitarios para el nivel II, es decir, diez hospitales de 60 camas y uno de 120 camas varían de US\$73,90 a US\$78,71 por paciente egresado (aproximadamente US\$16 por paciente por día), aproximadamente 30% menos que la alternativa "sin el Programa". Se estima que el valor presente de los ahorros potenciales con el Programa asciende a US\$27 millones.

- 6.09 Para mejorar los resultados de los servicios de salud, es decir, el efecto en el estado de salud y el bienestar socioeconómico de la población beneficiaria, se ha incluido en el Programa un paquete de fortalecimiento institucional ("Desarrollo de la Capacidad Operativa"). Esto incluirá el adiestramiento de recursos humanos, investigación evaluativa, supervisión y evaluación, y participación comunitaria.
- 6.10 El impacto de bajos ingresos puede apreciarse ante el hecho de que aproximadamente el 81% del valor económico de las instalaciones de nivel primario se asignará a una proporción similar de beneficiarios de bajos ingresos. A nivel secundario, con referencia a los beneficiarios directos solamente, alrededor del 65% del valor de estos establecimientos beneficiará a la población de bajos ingresos. En términos relativos, es decir, la proporción del valor del total de las instalaciones utilizadas por los beneficiarios de bajos ingresos, el efecto distributivo se estima en un 78%.

E. Viabilidad Legal

- 6.11 No se anticipan impedimentos de naturaleza legal para la aprobación y ejecución del Programa. NAFIN, en su calidad de agente financiero del Gobierno Federal, tiene la capacidad legal para ser Prestatario del Banco. Los Contratos de Préstamos contarán, como de costumbre, con la garantía de los Estados Unidos Mexicanos. Finalmente, la Secretaría de Salud (SSA), en su calidad de coordinadora del Sistema Nacional de Salud, cuenta con la capacidad legal para ejecutar este Programa.

VII. RECOMENDACION

- 7.01 Por las razones expuesta anteriormente, se considera que el Programa propuesto es viable desde el punto de vista técnico, económico, financiero, institucional y jurídico. Por lo tanto, se recomienda la aprobación del préstamo, para lo cual se somete a la consideración del Directorio Ejecutivo los Documentos Normativos siguientes:

- Proyecto de Resolución del Préstamo IC
- Proyecto de Resolución del Préstamo FOE
- Recomendaciones
- Descripción del Programa (Anexo A de los Contratos de Préstamo)

PROYECTO DE RESOLUCION 1/

MEXICO. PRESTAMO /IC-ME A NACIONAL FINANCIERA, S.N.C.
(Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que a nombre y en representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con Nacional Financiera, S.N.C., de México, como prestatario, y los Estados Unidos Mexicanos, como garante, para otorgar al primero un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (en adelante el "Programa"). Este financiamiento se sujetará sustancialmente a las siguientes disposiciones:

1. Monto y monedas: Hasta US\$30.000.000 o su equivalente en otras monedas que formen parte de los recursos del capital interregional del Banco, para pagar bienes y servicios adquiridos a través de competencia internacional en los países miembros del Banco y para los otros propósitos que se indiquen en el contrato de préstamo. Los pagos de las amortizaciones y de los intereses se efectuarán en la moneda o monedas que el Banco oportunamente especifique, en una suma equivalente al correspondiente monto adeudado, calculada por unidades de cuenta en términos de dólares de los Estados Unidos de América, de acuerdo con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo.
2. Fuente de los fondos: Los recursos del capital interregional del Banco.
3. Garantía: Fianza solidaria de los Estados Unidos Mexicanos.

1/ Las disposiciones contenidas en este Apéndice I y en los siguientes Apéndices II, III y IV sólo serán definitivas cuando el Directorio Ejecutivo haya aprobado la propuesta de préstamo.

4. Comisión de crédito: 1-1/4% por año sobre la parte no desembolsada del financiamiento, comisión que comenzará a devengarse 60 días después de la fecha del contrato y que se pagará en dólares de los Estados Unidos de América en las mismas fechas que los intereses.
5. Amortización: El prestatario amortizará el préstamo en el plazo de 20 años a partir de la fecha del contrato, mediante cuotas semestrales, consecutivas y en lo posible iguales. La primera cuota se pagará a los seis meses de la fecha prevista para el último desembolso del Financiamiento. El Banco podrá abonar las cuotas de amortización proporcionalmente al saldo deudor de cada una de las porciones del préstamo que devenguen distintas tasas de interés.
6. Interés: El prestatario pagará intereses semestralmente sobre los saldos deudores del préstamo. El primer pago se efectuará a los seis meses de la fecha del contrato de préstamo. Durante el período de desembolsos, el Banco: (a) determinará la tasa de interés que se aplicará a partir del 1° de enero de cada año, y por toda la vigencia del préstamo, sobre los montos desembolsados durante ese año; y (b) de conformidad con la política del Banco, podrá modificar la tasa de interés que se aplicará a los desembolsos del préstamo realizados durante la segunda mitad del año. A solicitud del prestatario podrán utilizarse los recursos del financiamiento para abonar los intereses durante el período de desembolsos del mismo.
7. Iniciación material y desembolso: El plazo de iniciación material de todas las obras del Programa expirará a los 3 años a partir de la vigencia del contrato, excepto para los hospitales, en cuyo caso dicho plazo expirará a los 2-1/2 años a partir de la misma fecha; el plazo de desembolso del financiamiento expirará a los 4 años a partir de la vigencia del contrato.
8. Condiciones especiales:
 - (a) La utilización de los recursos del préstamo deberá ser llevada a cabo en su totalidad por la Secretaría de Salud (en adelante SSA u organismo ejecutor), a través de su Dirección General de Planeación y Presupuesto. Si se aprobaran modificaciones en las disposiciones legales o en los reglamentos básicos concernientes al prestatario y/o al organismo ejecutor que, a juicio del Banco, puedan afectar sustancialmente al Programa, el Banco tendrá derecho a requerir una información razonada y pormenorizada del prestatario a fin de apreciar si el cambio o cambios podrían tener un impacto desfavorable en la ejecución del Programa. Sólo después de oír al prestatario y apreciar sus informaciones y aclaraciones el Banco podrá adoptar las medidas que juzgue apropiadas, conforme con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo y en el contrato de garantía.
 - (b) Los recursos del préstamo junto con los del préstamo /SF-ME, se destinarán a participar en la ejecución de un Programa que se estima en el equivalente de US\$76.300.000. En consecuencia, los

contratos de préstamo y de garantía deberán contener las disposiciones apropiadas para asegurar que se proporcionarán oportunamente, de acuerdo con un plan de inversiones satisfactorio al Banco, los recursos adicionales a los dos préstamos que se requieran para la completa ejecución del Programa, en una suma que se estima en el equivalente de US\$35.000.000.

- (c) En la adquisición de maquinaria, equipo y otros bienes relacionados con el Programa en la adjudicación de contratos para la ejecución de obras, deberá utilizarse el sistema de licitación pública en todos los casos en que el valor de dichas adquisiciones o contratos exceda del equivalente de US\$200.000. Las licitaciones se sujetarán a los procedimientos que constarán como anexo del contrato de préstamo.
- (d) En la adquisición de instrumental especializado de laboratorio, útiles de oficina, libros y otras publicaciones, el Banco podrá autorizar que se prescinda del requisito de licitación siempre que el prestatario así lo solicite y exhiba las razones y señale el procedimiento que pretende seguir en concordancia con los objetivos del financiamiento. En todo caso, el procedimiento de adquisiciones, así como cada compra o contratación que individualmente exceda la suma de US\$25.000 o su equivalente, requerirá la aprobación previa del Banco.
- (e) El Banco establecerá los procedimientos de inspección que juzgue necesarios para asegurar el desarrollo satisfactorio del Programa y el prestatario, el garante y el organismo ejecutor deberán proporcionar toda la cooperación que se requiera para el mejor cumplimiento de este propósito. Del monto del financiamiento se destinará la suma de US\$300.000 para que ingrese en las cuentas generales del Banco por concepto de inspección y vigilancia.

PROYECTO DE RESOLUCION

MEXICO. PRESTAMO /SF-ME A NACIONAL FINANCIERA, S.N.C.
(Programa de Mejoramiento de Servicios
de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que a nombre y en representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con NACIONAL FINANCIERA, S.N.C., de México, como prestatario, y los Estados Unidos Mexicanos, como garante, para otorgar al primero un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (en adelante el "Programa"). Este financiamiento se sujetará sustancialmente a las siguientes disposiciones:

1. Monto y moneda: Hasta el equivalente de US\$11.300.000 en pesos mexicanos que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco para cubrir gastos locales y para los otros propósitos que se indiquen en el contrato de préstamo. Los pagos de las amortizaciones y de los intereses se efectuarán en pesos mexicanos.
2. Fuente de los fondos: El Fondo para Operaciones Especiales.
3. Garantía: Fianza solidaria de los Estados Unidos Mexicanos.
4. Amortización: El prestatario amortizará el préstamo en el plazo de 25 años a partir de la fecha del contrato, mediante cuotas semestrales, consecutivas y en lo posible iguales. La primera cuota se pagará a los 6 meses de la fecha prevista para el último desembolso del financiamiento.

5. Interés: 3% por año pagadero semestralmente sobre los saldos deudores. El primer pago se efectuará a los 6 meses de la fecha del contrato. A solicitud del prestatario, podrán usarse los recursos del financiamiento para abonar los intereses durante el período de desembolso del mismo.
6. Iniciación material y desembolso: El plazo de iniciación material de todas las obras del Programa expirará a los 3 años a partir de la vigencia del contrato excepto para los hospitales, en cuyo caso dicho plazo expirará a los 2-1/2 años a partir de la misma fecha; el plazo de desembolso del financiamiento expirará a los 4 años a partir de la vigencia del contrato.
7. Condiciones especiales:
 - (a) La utilización de los recursos del préstamo deberá ser llevada a cabo en su totalidad por la Secretaría de Salud (en adelante SSA u "organismo ejecutor"), a través de su Dirección General de Planeación y Presupuesto. Si se aprobaran modificaciones en las disposiciones legales o en los reglamentos básicos concernientes al prestatario y/o al organismo ejecutor que, a juicio del Banco, puedan afectar sustancialmente al Programa, el Banco tendrá derecho a requerir una información razonada y pormenorizada del prestatario a fin de apreciar si el cambio o cambios podrían tener un impacto desfavorable en la ejecución del Programa. Sólo después de oír al prestatario y apreciar sus informaciones y aclaraciones el Banco podrá adoptar las medidas que juzgue apropiadas, conforme con las disposiciones que se incorporen en el contrato de préstamo y en el contrato de garantía.
 - (b) Los recursos del préstamo, junto con los del Préstamo /IC-ME, se destinarán a participar en la ejecución de un Programa que se estima en el equivalente de US\$76.300.000. En consecuencia, los contratos de préstamo y de garantía deberán contener las disposiciones apropiadas para asegurar que se proporcionarán oportunamente, de acuerdo con un plan de inversiones satisfactorio al Banco, los recursos adicionales a los dos préstamos que se requieran para la completa ejecución del Programa, en una suma que se estima en el equivalente de US\$35.000.000.
 - (c) En la adquisición de maquinaria, equipo y otros bienes relacionados con el Programa y en la adjudicación de contratos para la ejecución de obras, deberá utilizarse el sistema de licitación pública en todos los casos en que el valor de dichas adquisiciones o contratos exceda del equivalente de US\$200.000. Las licitaciones se sujetarán a los procedimientos que constarán como anexo del contrato de préstamo.
 - (d) En la adquisición de instrumental especializado de laboratorio, útiles de oficina, libros y otras publicaciones, el Banco podrá autorizar que se prescinda del requisito de licitación siempre

que el prestatario así lo solicite y exhiba las razones y señale el procedimiento que pretende seguir en concordancia con los objetivos del financiamiento. En todo caso, el procedimiento de adquisiciones, así como cada compra o contratación que individualmente exceda la suma de US\$25.000 o su equivalente, requerirá la aprobación previa del Banco.

- (e) El Banco establecerá los procedimientos de inspección que juzgue necesarios para asegurar el desarrollo satisfactorio del Programa y el prestatario, el garante y el organismo ejecutor deberán proporcionar toda la cooperación que se requiera para el mejor cumplimiento de este propósito. Del monto del financiamiento se destinará el equivalente de US\$113.000 en pesos mexicanos para que ingrese en las cuentas generales del Banco por concepto de inspección y vigilancia.

RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda que en los contratos de préstamo, además de las disposiciones que se establecen en los proyectos de resolución, se incluyan las siguientes que deberán cumplirse a satisfacción del Banco:
1. Salvo que el Banco lo acuerde de otra manera, antes de convocar a cada licitación pública, o si no correspondiere convocar a licitación, antes de la iniciación de las obras, el prestatario, por intermedio del organismo ejecutor, deberá someter al Banco: (i) los planos generales, especificaciones, presupuestos y demás documentos requeridos para la construcción y, en su caso, las bases específicas y demás documentos necesarios para la convocatoria; (ii) en el caso de obras, evidencia que se tiene la posesión legal de los terrenos que posibiliten la construcción de las respectivas obras y/o de las servidumbres u otros derechos pertinentes; y (iii) evidencia de que se cuenta con los mecanismos para la debida supervisión de la construcción de las obras.
 2. El garante y el prestatario, a través del organismo ejecutor, tomarán las medidas necesarias para asegurar que todas las obras y equipos del Programa serán dotadas del personal necesario, operadas, mantenidas y administradas de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas, en los términos de los acuerdos de coordinación que hayan sido celebrados con los Estados. En aquellos Estados en donde no se cuenta con los referidos acuerdos, la SSA se compromete a que se llevarán a cabo las actividades mencionadas en los términos antes señalados.
 3. El prestatario, a través del organismo ejecutor, deberá presentar al Banco dentro del primer trimestre de cada año, comenzando en 1988 y durante los 7 años siguientes: (a) el plan anual para la operación y mantenimiento de las obras y equipos del Programa; y (b) un informe sobre la gestión del año anterior sobre la conservación y mantenimiento de las mencionadas obras y de los equipos, de acuerdo con dicho plan.
 4. El prestatario deberá presentar al Banco, dentro del plazo de 6 meses contados a partir de la vigencia de los contratos de préstamo, un cronograma para la contratación de los consultores contemplados en el componente de desarrollo de la capacidad operativa.
 5. Para los efectos de llevar a cabo una evaluación a posteriori del Programa, el organismo ejecutor deberá presentar al Banco:
 - (a) dentro del plazo de 6 meses contados a partir de la vigencia de los contratos de préstamo: (i) una descripción de la unidad de

evaluación; (ii) los datos básicos iniciales señalados en la sección VI del Apéndice IV; y (iii) una descripción del sistema para recopilar y procesar los datos que se utilizarán para efectuar las comparaciones anuales con los datos básicos iniciales;

- (b) a partir de la puesta en operación de la primera unidad de salud financiada con recursos del Programa, dentro de los 90 días después del cierre de cada año calendario, anualmente y hasta la presentación del informe de evaluación a posteriori, los datos comparativos anuales señalados en la sección VI del Apéndice IV;
- (c) dentro del plazo de 36 meses contados a partir de la vigencia de los contratos de préstamo, un informe de evaluación parcial de la ejecución del Programa, con base en la información señalada en la sección VI del Apéndice IV; y
- (d) a los 3 años contados a partir de la fecha del último desembolso del financiamiento, un informe de evaluación a posteriori sobre los resultados del Programa, con base en la información señalada en la sección VI del Apéndice IV.

6. A partir del ejercicio correspondiente al año en que se inicie la ejecución del Programa, se presentarán anualmente al Banco los siguientes estados financieros:

- (a) los del prestatario, durante la vigencia del contrato de préstamo, dictaminados por una firma de contadores públicos independiente aceptable al Banco, designada por las autoridades mexicanas; y
- (b) los del Programa, durante su ejecución, refrendados por la Secretaría competente del garante.

B. En los contratos de préstamo se deberá incluir un anexo sustancialmente similar al Apéndice IV de este documento.

EL PROGRAMA

(ANEXO A DEL CONTRATO)

I. Objetivos

- 1.01 El Programa, que forma parte del Programa Nacional de Salud del Gobierno Mexicano, tiene como objetivos:
- (a) ampliar la cobertura de servicios de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, a fin de alcanzar poblaciones que actualmente no cuentan con dichos servicios;
 - (b) fortalecer y ampliar la red de establecimientos de segundo nivel en localidades donde existe marcada deficiencia de camas hospitalarias para poblaciones de bajos ingresos;
 - (c) contribuir al mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios de salud de la SSA y de los Estados; y
 - (d) coadyuvar en el proceso de descentralización de los servicios de salud.

II. Descripción

- 2.01 Para cumplir con los objetivos antes descritos, el Programa incluye:
- (a) en el primer nivel, la construcción y equipamiento de aproximadamente 220 Centros de Salud Rural para Población Dispersa (CSRD); 60 Centros de Salud Rural para Población Concentrada (CSRC); y 60 Centros de Salud para Población Urbana (CSU) y (b) en el segundo nivel, hospitales de 60 y 120 camas, con un total de 720 camas.
- 2.02 Adicionalmente, el Programa incluye un componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa de los servicios de salud existentes y de los adicionales que se incluyeren en el Programa. Dicho componente incluirá actividades de investigación evaluativa de servicios de salud y de la demanda, capacitación de recursos humanos, desarrollo de la supervisión y evaluación y promoción de la participación comunitaria.

III. Costo y Financiamiento del Programa

- 3.01 El costo total del Programa se estima el equivalente de US\$76.300.000 de acuerdo al siguiente detalle aproximado por categorías de inversión y financiamiento:

(en miles de US\$ o su equivalente)

	BANCO			Aporte Local	TOTAL	%
	IC	FOE	Total			
1. <u>Ingeniería y Administración</u>	-	-	-	3.260	3.260	4,3
2. <u>Costos Directos</u>	24.935	10.433	35.368	25.153	60.521	79,3
(a) Construcción	14.534	7.178	21.712	13.388	35.100	
(b) Equipos	10.401	3.255	13.656	11.765	25.421	
3. <u>Costos Concurrentes</u>	-	-	-	5.767	5.767	7,6
(a) Terrenos	-	-	-	3.167	3.167	
(b) Desarrollo de Capacidad Operativa	-	-	-	2.600	2.600	
4. <u>Gastos Financieros</u>	5.065	867	5.932	820	6.752	8,8
(a) Intereses	4.765	754	5.519	-	5.519	
(b) Comisión	-	-	-	820	820	
(c) Inspección y Vigilancia	300	113	413	-	413	
Total	30.000	11.300	41.300	35.000	76.300	100,0
	=====	=====	=====	=====	=====	=====
%	39,3	14,8	54,1	45,9	100,0	

IV. Adquisiciones

- 4.01 Cuando los bienes o servicios que se adquirieran o contraten se financien total o parcialmente con las divisas del financiamiento, los procedimientos y las bases específicas de las licitaciones u otra forma de compra o contratación deberán permitir la libre concurrencia de bienes y servicios, incluyendo aquellos relativos a cualquier modo de transporte, originarios de países miembros del Banco. Consecuentemente, en los citados procedimientos y bases específicas, no se impondrán condiciones que limiten o restrinjan la oferta de bienes o la participación de contratistas originarios de esos países.

V. Criterios de selección

- 5.01 Antes de incluirse en el Programa, el organismo ejecutor seleccionará las unidades de salud las cuales someterá a la aprobación del Banco, sobre la base de los siguientes criterios generales y específicos:
- 5.02 Los criterios generales a utilizarse en la selección de todas las unidades de salud serán los siguientes:
- (a) que estén incluidas en el universo definido a través del mapeo nacional realizado por la SSA en 1985;
 - (b) las que no estuvieran incluidas en el universo referido en el inciso (a) anterior tendrán que ser debidamente justificadas de conformidad con el cumplimiento de alguno de los siguientes requisitos: (i) que la localidad carezca de una unidad de atención a población abierta; o (ii) que la que exista esté en tan malas condiciones que para su rehabilitación sería necesario invertir más del 50% de lo que representa una unidad nueva; o (iii) que cuente con local prestado o arrendado; o (iv) que no exista la posibilidad de ampliar el existente; y
 - (c) que el terreno cuente con servicios adecuados de agua, luz, sistemas de disposición de desechos sólidos y de comunicación. Cuando carezcan de tales servicios, se contemplará la forma adecuada de proveerlos.
- 5.03 Los criterios específicos para la selección de las unidades de salud, por tipo de unidad, serán los siguientes:
- (a) En el primer nivel
 - para los Centros de Salud Rural Disperso (CSRD) la sede tendrá entre 1.000 y 2.500 habitantes. La cobertura será de 3.000 a 8.000 habitantes, considerando una isócrona de 60 minutos;
 - para los Centros de Salud Rural Concentrado (CSRC) la sede tendrá de 2.500 a 15.000 habitantes y la cobertura será de 3.000 a 5.000 habitantes por módulo de equipos de salud, considerando una isócrona de 60 minutos; y
 - para los Centros de Salud Urbano (CSU) la sede tendrá 15.000 habitantes o más y la cobertura será de 3.000 habitantes por módulo, considerando una isócrona de 30 minutos.

(b) En el segundo nivel

- los hospitales de 60 camas se localizarán en ciudades de 20.000 a 50.000 habitantes y su área de influencia considerará una isócrona de 120 minutos; y
- los hospitales de 120 camas se localizarán en ciudades que tengan de 50.000 a 100.000 habitantes y su área de influencia considerará una isócrona de 120 minutos.

5.04 Cualquier caso en que se proponga un tipo de unidad de salud en una localidad de características diferentes a las que se describen en los incisos (a) y (b) anteriores, tendrá que ser debidamente justificado por el organismo ejecutor.

VI. Evaluación a posteriori

6.01 Los datos básicos iniciales incluirán:

- (a) La localización definitiva de cada una de las unidades de salud incluidas en el Programa, incluyendo el tipo de unidad y su isócrona, discriminando población sede y cobertura total, de acuerdo con los criterios de selección mencionados en la sección V de este Apéndice.
- (b) Para cada isócrona y población control (sede y cobertura), en términos anuales:
 - (i) el número de consultas externas por año por tipo de consulta y tipo de unidad, incluyendo hospitales;
 - (ii) el tipo y nivel de calificación del personal médico utilizado para el inciso (i) anterior;
 - (iii) el costo unitario por consulta (gastos de inversión y recurrentes);
 - (iv) el número de egresos hospitalarios, estadía promedio y tipo de unidad (número de camas);
 - (v) el tipo y nivel de calificación del personal médico utilizado para el inciso (iv) anterior; y
 - (vi) el costo unitario por egreso (gastos de inversión y recurrentes).

6.02 Los datos comparativos anuales incluirán:

- (a) las mismas variables enumeradas en el párrafo 6.01 anterior;
- (b) los costos reales de construcción, incluyendo sobrecostos;

- (c) los cambios en los diseños y en los cronogramas de puesta en marcha originalmente programados;
- (d) los recursos para operación y mantenimiento utilizados en las unidades de salud del Programa, basadas en una muestra representativa; y
- (e) los gastos realizados por cada área programática del componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa.

Metodología

- 6.03 El marco general del informe de evaluación parcial y evaluación a posteriori estará determinado por la metodología de evaluación socioeconómica ex-ante. En el análisis del Programa, se dará énfasis a: (a) la reestimación de los indicadores ex-ante de costo-eficiencia y/o costo-beneficio, basado en los datos recopilados durante la ejecución del Programa; y (b) las actividades realizadas en el componente de Desarrollo de la Capacidad Operativa en la generación de indicadores de impacto sobre la población en riesgo, estado de salud, costo-eficiencia, y en la medida de lo posible, el costo-beneficio.