

## MODELOS DE ATENCIÓN SALUD MADRE-NIÑO

(TC-97-07-18-6)

### RESUMEN EJECUTIVO

**SOLICITANTE:** Confederación de las Misericórdias del Brasil (CMB)

**ORGANISMO EJECUTOR:** El ejecutor será la CMB, quien coordinará, controlará, evaluará y diseminará la experiencia. Los cinco hospitales filantrópicos (Santas Casas) seleccionados serán coejecutores, responsabilizándose cada uno de sus proyectos.

**BENEFICIARIOS:** Mujeres y niños de las ciudades de Sobral y Canindé (Ceará), Barbacena (Minas Gerais), Anápolis y Goiás-Velha (Goiás), además de la población del entorno. Además, la CMB, los cinco hospitales participantes, y otros de la Red CMB al internalizar el nuevo modelo.

**MONTO Y FUENTE:**

BID:	US\$4.690.000 (FOE/Moneda Nacional no reembolsable)
Nacional:	US\$1.020.000
Total:	US\$5.710.000

**PLAZOS:**

Período de ejecución:	36 meses
Período de desembolso:	42 meses

**OBJETIVOS:** El objetivo de este proyecto es apoyar la red de hospitales filantrópicos de la Organización No Gubernamental CMB en un proceso de mejoramiento de la salud maternoinfantil, extensión y participación comunitaria. Pretende, en esta primera etapa, fortalecer la acción promocional y preventiva de los cinco hospitales seleccionados (ver criterios, pár. 2.4), introduciendo en los mismos un nuevo modelo de atención maternoinfantil comunitaria, a ser replicado posteriormente en la Red CMB.

**DESCRIPCIÓN:** Para alcanzar el objetivo propuesto, el programa será estructurado en cinco proyectos integrados a ser ejecutados por la CMB y cada una de las Santas Casas. Tendrá tres componentes principales, a saber:

1. Formación y capacitación (US\$3,2 millones): este componente apoyaría la formación de agentes comunitarios de salud seleccionados por las comunidades participantes, así como la capacitación técnica y gerencial de los equipos multidisciplinarios docentes y supervisores de los

hospitales participantes para ejecutar el programa. El peso de la atención comunitaria periurbana y rural sería desarrollado por agentes comunitarios de salud empleados por cada hospital. El Programa también financiaría la capacitación y reciclaje periódico de los equipos de coordinación y supervisión, las actividades de entrenamiento (seminarios, talleres), para el personal involucrado en la atención materno-infantil, y para moradores de las comunidades a atender.

2. Readecuación físico-funcional materno-infantil (US\$1,5 millón): este componente financiaría pequeñas obras de remodelación y el equipamiento necesario para adecuar los ambientes ambulatorios y hospitalarios de las Santas Casas dedicadas a la atención secundaria de las madres y los niños referidos por los agentes comunitarios y los centros ambulatorios respectivos.
3. Coordinación, monitoreo, evaluación y diseminación (US\$1,0 millón): además del monitoreo continuo del proceso de ejecución, serán efectuadas evaluaciones anuales y una final, en base a indicadores de proceso y de impacto. Los resultados y las lecciones extraídas de este proceso evaluativo serán el insumo básico para la adecuación de los esquemas operativos, de formación y capacitación en los cinco hospitales pilotos, así como para la difusión, promoción, replicación y evaluación del nuevo modelo de atención en el resto de la Red CMB. Para ello, se efectuarán seminarios y talleres de discusión, así como visitas de estudio e intercambio con personal de hospitales de la Red CMB.

**ROL DEL PROYECTO  
EN LA ESTRATEGIA  
DEL BANCO DE  
PAÍS Y DE SECTOR:**

La estrategia acordada para el país consiste en: i) promover la reforma y modernización del gobierno federal y de los gobiernos subnacionales; ii) apoyar la apertura económica y la iniciativa de reducción del "Custo Brasil" vía la modernización de los sectores productivos y financiero, y la rehabilitación de infraestructura; y iii) abordar problemas de desigualdad social y pobreza, incluyendo intervenciones para mejorar la eficiencia del gasto social. También apoya la descentralización de los servicios sociales y su asociación más estrecha con la comunidad y la sociedad civil. Al mismo tiempo, busca enfatizar el saneamiento básico y el medio ambiente.

El **Programa** propuesto **responde** a la estrategia del Banco y se enmarca en la política de salud vigente, en virtud de: i) su **focalización** en la población de más bajos ingresos, enfatizando la atención de las necesidades específicas de salud de **mujeres y niños** vulnerables con agentes comunitarios; ii) su **canalización** de recursos del **PAB** a comunidades marginadas a través de una red privada de eficiencia demostrada; iii) su contribución a la **competencia** entre servicios de salud públicos y privados; iv) la **autonomía** de la CMB y sus hospitales afiliados como entidades de la sociedad civil; y v) la **integración** propuesta con acciones de saneamiento básico, vivienda y otros sectores a nivel de las comunidades participantes.

**REVISIÓN DE  
MEDIO AMBIENTE  
Y ASPECTOS  
SOCIALES:**

El Programa no tendrá efectos ambientales negativos, dado el alcance limitado de las obras de remodelación previstas, que en esencia mejorarán las condiciones ambientales actuales de las instalaciones de atención materno-infantil en los cinco hospitales (ver pár. 4.3).

El programa incorporará las siguientes medidas de protección: i) los hospitales deben disponer de sus residuos biológicos con los debidos cuidados, separados de los desechos sólidos comunes, y descargados de una manera ambientalmente segura; ii) para el componente de readecuación de infraestructura, asegurar la instalación adecuada de equipos potencialmente peligrosos, así como el adiestramiento indicado del personal responsable; iii) incluir en la capacitación el manejo adecuado de residuos y materiales peligrosos (ver pár. 4.4).

**BENEFICIOS:**

Se espera mejorar la atención integral de las madres y los niños de los municipios-sede y del área de influencia de cada una de las entidades involucradas.

**RIESGOS:**

Entre los riesgos se destacan: i) la insuficiencia del Piso Asistencial Básico (capitación para atención primaria) en el contexto de la dependencia de las Santas Casas participantes (y de la Red CMB en general) de los recursos canalizados por el Sistema Único de Salud; ii) la falta de experiencia previa de la CMB con organismos multilaterales, iii) y la necesidad de coordinación con otros proyectos (REFORSUS, PRMI) (ver pár. 5.1 a 5.5).

**CLÁUSULAS  
CONTRACTUALES  
ESPECIALES:**

Contratación/asignación del coordinador y del equipo técnico de apoyo por la CMB antes del primer desembolso (ver pár. 3.1).

**FOCALIZACIÓN EN  
LA POBREZA Y  
CLASIFICACIÓN DE  
SECTOR SOCIAL:**

El programa se ha clasificado automáticamente como focalizado a la pobreza (PTI), dada su concentración en la atención de madres y niños de bajos ingresos (pár. 4.1). Es coherente con los objetivos de equidad y reducción de pobreza estipulados en los párrafos 2.13 y 2.15 del documento AB-1704.

**EXCEPCIONES  
A LA POLÍTICA  
DEL BANCO:**

Ninguna

**ADQUISICIONES:**

Para la adquisición de bienes y servicios se seguirán procesos competitivos, compatibles con los procedimientos del Banco para entidades no-gubernamentales. Compras por debajo de US\$100.000 se harán en base a un mínimo de tres cotizaciones. Compras por encima de ese monto se harán por invitación a un mínimo de tres proveedores a presentar propuestas, a partir de una lista precalificada de proveedores, aprobada por el Banco. Los hospitales coejecutores tendrán a su cargo los procesos respectivos de contratación de obras, compra de equipos y materiales, y la contratación de consultorías (ver pár. 3.2 y Anexo III-2).

Los procesos y procedimientos de adquisiciones serán examinados en el curso de la supervisión regular de los cinco proyectos y la unidad coordinadora por el Banco, estableciéndose las medidas pertinentes si se encontraren irregularidades (ver Anexo III-2).

## I. ANTECEDENTES

### A. Situación de salud maternoinfantil

- 1.1 Los adelantos en la atención maternoinfantil en el Brasil han sido lentos y desiguales. Sólo cinco países latinoamericanos tienen índices de mortalidad infantil mayores que los del Brasil, a pesar de la reducción observada entre 1985 y 1995 en todas las regiones del país (de 73 a 42 defunciones por mil nacidos vivos) 1/. Tanto la mitad de las muertes infantiles, como las causas principales de la elevada mortalidad materna total (161 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos) y hospitalaria (3,70 muertes por 10 mil hospitalizaciones) están asociadas a complicaciones del embarazo y del parto, muchas de ellas prevenibles. Estos indicadores reflejan deficiencias en la cobertura y calidad de la atención prenatal y del parto, que pueden ser corregidas con medidas simples de bajo costo, focalizadas a la población más carente y de mayor riesgo. La probabilidad de morir en hijos de mujeres que no recibieron estos servicios es del orden de 200 muertes por mil nacidos, que contrasta con 20 por mil en los hijos de aquellas que cumplieron sus controles prenatales y cuyos partos fueron atendidos por profesionales 2/. Diferencias similares se observaron en la mortalidad neonatal y postnatal 3/. Los estados de Ceará, Goiás y Minas Gerais presentan zonas de alta mortalidad infantil y materna, que incluyen las áreas de influencia de los cinco hospitales participantes en el proyecto aquí presentado.
- 1.2 Este conjunto de problemas que afectan al binomio madre-niño se debe a: i) la **baja prioridad** de los servicios **preventivos**; ii) el **sesgo curativo** del Sistema Único de Salud (SUS) 4/ y de la **red hospitalaria** filantrópica y lucrativa, asociado también a intereses del grupo médico, entre otros; y iii) a los **incentivos perversos** del SUS que privilegian el financiamiento de **servicios** costosos de **alta tecnología**, y su utilización por **grupos con capacidad de pago**, a expensas de las asignaciones a intervenciones más costo-efectivas de atención primaria, accesibles a la población más carente. De hecho, se ha estimado que el SUS gasta al año más de un 25% de sus recursos en servicios de alta tecnología, y, en 1997 tres de los cinco procedimientos más frecuentes pagados por el SUS corresponden a la atención hospitalaria de problemas de la población materno-infantil. La transformación del modelo de atención vigente exige, entre otros aspectos, un cambio profundo de la cultura prevalente "hospitalocéntrica" en los hospitales públicos y privados, tanto filantrópicos como lucrativos.

---

1/ UNICEF, Progress of Nations 1997; Situação Mundial da infância 1995.

2/ Ministério da Saúde, Saúde no Brasil, 1997.

3/ Neonatal es la que ocurre en los primeros 30 días de vida y postnatal después del primer mes y antes del primer año de vida.

4/ SUS: Sistema de financiamiento federal de cobertura universal para la compra de servicios de salud a proveedores públicos y privados.

B. Respuestas del sector salud

- 1.3 El Ministerio de Salud, en cumplimiento de su responsabilidad de resolver la situación descrita, se encuentra implantando una política agresiva de descentralización hacia los municipios. Esta busca a la vez introducir un nuevo modelo de atención cuyos ejes son los servicios de Salud de Familia (PSF) y Agentes Comunitarios de Salud (PACS) <sup>5/</sup> (Norma Operativa Básica de 1996 del SUS). La base de recursos para la implantación del modelo viene dada por: i) el recién creado Piso Asistencial Básico (PAB), financiado por el gobierno federal vía transferencias automáticas y directas a todos los municipios elegibles del país (hasta ahora más de 3.300 de los 5.500 municipios), a razón de unos R\$10 por habitante-año (a una erogación anual total de R\$1.733,4 millones para el país); y ii) recursos SUS vía la lista de tarifas preferenciales de reembolso de procedimientos prioritarios identificados en la Carta de Políticas del Programa de Reforma del Sector Salud (REFORSUS) para los componentes de atención hospitalaria (v.g., del parto normal y complicado, recién nacido con complicaciones). Los municipios, por su lado, a través de convenios con proveedores seleccionados, compran por capitación con recursos PAB un paquete de servicios básicos de atención primaria, y operan servicios propios con recursos municipales.
- 1.4 Resulta evidente que el PAB nominal es insuficiente para atender las necesidades de atención primaria de la población de bajos ingresos, hecho que viene demostrado por las asignaciones complementarias que resultan en un PAB superior a los R\$10 en 22% al 37% de los municipios en los tres estados del proyecto aquí propuesto. De allí que resulta urgente consolidar la corrección ya iniciada de este déficit, ya sea vía la transferencia sustantiva de recursos adicionales del SUS o la asignación de otros recursos (federales, estatales, municipales y/o privados) al PAB.
- 1.5 Además, el gobierno del Brasil, dentro de la iniciativa "Brasil em Ação", se encuentra ejecutando el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil (PRMI) (ver pár. 5.5) con asignaciones presupuestarias significativas (que podría contar con recursos adicionales de un préstamo solicitado al Banco) que focalizaría en los 400 municipios más pobres del país acciones coordinadas de salud y otros sectores para reducir las causas principales de muerte de los menores de un año.

C. Red de Hospitales Confederación de las Misericordias del Brasil (CMB)

- 1.6 Existen en el país unos 2.600 hospitales filantrópicos, las Santas Casas, de raíces religiosas en la colonización portuguesa temprana

---

<sup>5/</sup> Experiencias con agentes comunitarios en Ceará y del Proyecto Criança Esperança de la Pastoral da Criança han demostrado ser eficaces en reducir en poco tiempo la mortalidad infantil. Ya se han formado más de 54.000 agentes comunitarios (la meta es de llegar a 100.000 en 1998) y casi 1.500 equipos de salud de familia (meta de llegar a 3.500 en 1998).

del Brasil ("Santas Casas", desde 1543), más de 1.700 de los cuales han sido identificados como activos por la CMB. Estos proveen entre 25 y 30% de la demanda de internaciones, de camas y de gasto hospitalario del SUS. Dada la importancia local de muchas de las Santas Casas en sus respectivos municipios, cabe resaltar que han sido precisamente la **orientación curativa hospitalaria y la ausencia de proyección comunitaria** que han limitado la contribución de esta red extensa a la **solución** de los niveles descritos de **morbimortalidad materno-infantil**.

- 1.7 La CMB, consciente de la **insuficiencia de los servicios públicos** para atender las comunidades más vulnerables de bajos ingresos, y de su propio potencial como ONG, ha dispuesto desempeñar un papel más activo en la salud materno-infantil. Para **transformar el modelo curativo de atención** vigente en las **Santas Casas** afiliadas, la CMB se propone desarrollar cinco experiencias demostrativas de proyección comunitaria y mejoramiento de la atención materno-infantil de población marginada en comunidades satélites de los municipios de Sobral y Canindé (Ceará), Anápolis y Goiás Velha (Goiás), y Barbacena (Minas Gerais). Estas primeras experiencias serían el punto de partida para su replicación en el resto de la red CMB.
- 1.8 La CMB es una entidad de la sociedad civil de ámbito nacional, de inspiración cristiana, sin fines de lucro y de duración ilimitada. A través de federaciones estaduais agrupa 1.700 hospitales filantrópicos en 18 Estados brasileiros. La CMB actúa principalmente en la defensa y representación de los intereses sociales y económicos de las entidades asociadas. Además, presta asesoría jurídica, técnica y administrativa, suministra información general, realiza encuentros y congresos de alcance regional, nacional e internacional; y participa, junto con los órganos colegiados gubernamentales, discutiendo y proponiendo políticas de salud y de asistencia social. No obstante, cada Santa Casa afiliada es totalmente autónoma de la CMB en su gestión. Recientemente ha lanzado al mercado nacional un plan propio de salud (Vital Saúde) que competirá con los planes comerciales vigentes.
- 1.9 Los cinco hospitales participantes en el presente programa responden a las características generales descritas en el Cuadro-I-1.

**Cuadro I-1: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA 1996**

ENTIDADES	ÁREA DE INFLUENCIA			N° DE CAMAS	
	Municipio	Población	%	Total	por 1.000
Santa Casa de Anápolis	20	535.163	27,4	197	0,4
Santa Casa de Barbacena	10	202.414	10,3	116	0,6
Santa Casa de Canindé	5	159.427	8,7	133	0,8
Hosp. Carid. P. Alcântara*	11	127.229	6,5	70	0,5
Santa Casa de Sobral	39**	927.512	50,9	552	0,6
TOTAL	85	1.951.745	100,0	1.068	0,5

\* Ciudad de Goiás Velha.

\*\* Municipios situados en el área de influencia más directa.

Fuente: CMB, 1997

- 1.10 La **Santa Casa de Misericordia de Anápolis**, operada por la Fundación de Asistencia Social de Anápolis (FASA), viene ofreciendo servicios sociales y de salud desde hace 35 años a su ciudad sede, así como a municipios circundantes del estado de Goiás y de estados vecinos. Atiende unas 1.200 personas por día a través de sus servicios de consulta externa, emergencia, y centro diagnóstico, e interna aproximadamente 450 a 500 pacientes por mes. Durante los últimos 10 años ha venido trabajando junto con la Pastoral del Niño en barrios carentes en prevención del embarazo precoz, educación y vigilancia nutricional, prevención y control de infecciones diarreicas y respiratorias, programas de inmunización, y la creación de un "proyecto prenatal renovado" ("Casa da Mamae"). Este trabajo comunitario ha hecho evidente la necesidad de ampliar la capacidad y calidad de sus servicios preventivos, de captación y hospitalarios de referencia, frente a las necesidades detectadas de la población maternoinfantil de su área de influencia.
- 1.11 Hace 152 años funciona la **Santa Casa de Misericordia de Barbacena**, que atiende alrededor de 1.070 pacientes diarios ambulatoriamente, además de los 600 que se internan mensualmente. El 100% de su demanda maternal corresponde al SUS, es decir, a pacientes de bajos ingresos. Es el único hospital con convenios SUS en su área de influencia con servicios de neonatología, emergencia de 24 horas, medicina interna, ortopedia y traumatología, entre otros. El cierre de camas maternoinfantiles y camas de los servicios antes mencionados en otros hospitales de la localidad ha generado un crecimiento de demanda que ha tornado insuficiente su capacidad instalada, particularmente en lo que respecta a la demanda de atención maternoinfantil.
- 1.12 En la ciudad de Canindé, la Sociedad Hospitalaria **San Francisco de Canindé** tiene más de 30 años de estar manteniendo la **Santa Casa** del mismo nombre. Además de sus servicios ambulatorios y de hospitalización propios, opera nueve puestos de salud en el área rural, un Centro de Atención Sicosocial (salud mental) y otros servicios extramurales en coordinación con la Pastoral de la Salud (atención a creches, atención domiciliaria a pacientes crónicos y terminales, atención a la tercera edad). Es el único hospital de la región con servicios de emergencia de 24 horas. Su red periférica propia y los municipios circundantes han venido propiciando una demanda creciente de los distintos servicios, particularmente en lo que se refiere a las madres y niños de bajos ingresos en los cinco municipios para los cuales sirve de centro de referencia.
- 1.13 El **Hospital de Caridad San Pedro d'Alcântara** (HCSPA) de la ciudad de **Goiás Velha**, es actualmente operada por la Asociación de Salud San Pedro d'Alcântara integrada por unas 30 entidades locales de la sociedad civil, que tomó posesión del HCSPA en momentos que la administración municipal había descuidado al mismo. Con antecedentes desde 1993 de iniciativas innovadoras de trabajo comunitario y formación de agentes comunitarios apoyados por grupos franceses,



hoy, al estar coordinando con el Municipio y la Pastoral del Niño actividades extramuro de atención a domicilio, tercera edad, atención maternoinfantil comunitaria, y trabajo con grupos de gestantes, su capacidad instalada actual ya no da abasto.

- 1.14 La **Santa Casa de Misericordia de Sobral (SCMS)**, que data de 1923, responde a la Hermandad de la SCMS, que también opera otras instituciones (asilos, servicios de fisioterapia, laboratorio clínico, radiodiagnóstico, cardiología, odontología, albergues para enfermos terminales, y un hotel), que facilitan su sustentabilidad financiera. La SCMS recibe pacientes referidos de 75 municipios, principalmente de bajos ingresos, y es también un centro de formación de personal de salud (auxiliares y técnicos de enfermería, alumnos universitarios de enfermería y de medicina). Entre sus servicios clínicos se destacan la consulta externa, cirugía ambulatoria y patología clínica. Un tercio de sus internaciones corresponden a la población maternoinfantil.

D. Estrategia del Banco y del país

- 1.15 La estrategia operativa acordada con las autoridades nacionales en la última misión de programación (julio de 1997) consiste en: i) promover la reforma y modernización del gobierno federal y de los gobiernos subnacionales; ii) apoyar la apertura económica y la iniciativa de reducción del "Custo Brasil" vía la modernización de los sectores productivos y financiero, y la rehabilitación de infraestructura; y iii) abordar problemas de desigualdad social y pobreza, incluyendo intervenciones para mejorar la eficiencia del gasto social. También apoya la descentralización de los servicios sociales y su asociación más estrecha con la comunidad y la sociedad civil. Al mismo tiempo, busca enfatizar el saneamiento básico y el medio ambiente.
- 1.16 La estrategia de salud propuesta para el Banco en el CP actualmente en preparación enfatiza las siguientes líneas de acción: i) focalización de la población de menores ingresos; ii) incentivos para la prestación de servicios públicos y privados (filantrópicos y lucrativos) más costo-efectivos, con énfasis en la atención primaria a través de equipos de salud familiar/agentes comunitarios de salud y del aumento sustantivo de las asignaciones al PAB; iii) la recuperación efectiva de costos a la población cubierta por seguros privados; iv) la introducción de un modelo de financiamiento por la demanda; v) la convergencia de sectores e instituciones públicas, privadas y comunitarias en acciones de mejoramiento de la salud; vi) el cumplimiento de las Normas Operativas Básicas que norman la municipalización de los servicios de salud, y su adecuación a las necesidades de los municipios pequeños y medianos; y vii) iniciativas focalizadas de salud pública para problemas específicos (v.g., malaria, violencia, accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, entre otros).

- 1.17 El **Programa** propuesto **responde** a la estrategia del Banco y se enmarca en la política de salud vigente, en virtud de: i) su **focalización** en la población de más bajos ingresos, enfatizando la atención de las necesidades específicas de salud de **mujeres y niños** vulnerables con agentes comunitarios; ii) su **canalización** de recursos del **PAB** a comunidades marginadas a través de una red privada de eficiencia demostrada; iii) su contribución a la **competencia** entre servicios de salud públicos y privados; iv) la **autonomía** de la CMB y sus hospitales afiliados como entidades de la sociedad civil; y v) la **integración** propuesta con acciones de saneamiento básico, vivienda y otros sectores a nivel de las comunidades participantes.
- 1.18 La Agencia Brasileira de Cooperación Técnica solicitó esta operación al Banco el 30 de abril de 1997.

E. Experiencias previas del BID relevantes al programa

- 1.19 La experiencia del Banco en el sector salud del Brasil es incipiente e incluye el proyecto de Ampliación y Consolidación del Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (ATN/SF-4008-BR), cuya principal lección es que el éxito de un proyecto está en la selección adecuada del ejecutor y en el diseño de la propuesta. La otra experiencia reciente es el Programa de Reforma del Sector Salud (REFORSUS, 951/OC-BR), aprobado en 1996, cuya ejecución lenta inicial ha resaltado las restricciones inherentes a la capacidad de manejo de recursos externos del sector público.

## II. OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. Objetivo

- 2.1 El objetivo de este proyecto es apoyar la red de hospitales filantrópicos de la CMB en un proceso de mejoramiento de la salud maternoinfantil, extensión y participación comunitaria. Pretende, en esta primera etapa, fortalecer la acción promocional, preventiva y de retaguardia de los cinco hospitales seleccionados, así como su integración a las políticas nacionales de salud, introduciendo en estos hospitales un nuevo modelo de atención maternoinfantil comunitaria, a ser replicado posteriormente en la Red CMB.

B. Objetivos específicos

- 2.2 Específicamente, el proyecto busca: a) mejorar la cobertura y la calidad de la atención ambulatoria y hospitalaria a madres y niños, implantando en la red CMB estrategias y modelos de atención maternoinfantil integral que respondan a las necesidades locales, a través del trabajo comunitario directo con agentes de salud; y b) fortalecer cinco hospitales como unidades maternoinfantiles de referencia regional y centros de entrenamiento para un proceso previsto de replicación del modelo de atención en las demás

unidades de la Confederación. Estos objetivos se fundamentan en tres estrategias centrales: i) la actuación de agentes comunitarios de salud como espina dorsal del trabajo comunitario; ii) la mejoría de calidad enfocada en sus dimensiones técnicas y humanas; y iii) el papel de la CMB como agente diseminador y catalizador de esta experiencia piloto en otras Santas Casas.

C. Componentes y actividades

2.3 Para alcanzar los objetivos antes descritos, el proyecto se ha estructurado en tres componentes que serían ejecutados en los cinco hospitales identificados en el Cuadro I-1, y contarán con la participación de personal de otros establecimientos de la Red CMB.

2.4 Los criterios utilizados para la selección de estos cinco municipios y los hospitales respectivos (Santas Casas) responden a la necesidad de optimizar su efecto demostrativo dentro de la Red de la CMB, en base a: experiencia previa en trabajo comunitario extramural, el papel creciente de este grupo de comunidades en las decisiones sobre sus servicios de salud, el compromiso efectivo de las entidades escogidas con los objetivos de extensión comunitaria del programa propuesto, la dimensión absoluta y relativa de la población carente y la importancia relativa de la entidad en el SUS a nivel local y regional. Los cinco hospitales presentan diferencias (ver Cuadro I-1) en cuanto a su capacidad instalada, población beneficiaria y experiencia comunitaria, las cuales, al reflejar el espectro de condiciones vigentes en la mayoría de las Santas Casas del país, deberán facilitar la replicación posterior del nuevo modelo comunitario de atención materno-infantil.

1. Formación y capacitación (US\$3,2 millones)

2.5 Este componente apoyará la formación de agentes comunitarios de salud seleccionados por las comunidades participantes, así como la capacitación técnica y gerencial de los equipos multidisciplinarios docentes y supervisores de los hospitales participantes para ejecutar el programa. Detalles adicionales de las actividades de este componente están disponibles en los archivos técnicos.

a. Agentes comunitarios de salud: el peso de la atención comunitaria periurbana y rural será desarrollado por agentes comunitarios de salud empleados por cada hospital. Cada agente sería responsable por unas 300 familias, con las cuales desarrollará actividades básicas a nivel domiciliario (v.g., educación sanitaria, atención materno-infantil y salud reproductiva, vigilancia nutricional, control de infecciones diarreicas y respiratorias agudas, referencia a centros ambulatorios y hospitalarios). Para ello, serán formados 146 agentes comunitarios 6/ (ver Cuadro II-1), que recibirán

---

6/ El Hospital de Canindé, adicionalmente, formará y actualizará 186 agentes para los municipios de Canindé, Caridade y Itatira.

entrenamiento adecuado (módulos teórico-prácticos de aprox. 200 horas), cursos anuales de refrescamiento (40 horas) y supervisión frecuente programada, a cargo de equipos multidisciplinarios en cada hospital (pediatra, obstetra, enfermeras, sicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, asistentes sociales) conforme a las normas del Ministerio de Salud. Los agentes serán seleccionados entre candidatos propuestos por cada comunidad, en base a su formación, capacidad intelectual, vocación y aptitud para el trabajo comunitario, con preferencia para candidatas mujeres. El programa financiará la selección, formación y -en forma decreciente- el gasto operativo inicial de los agentes comunitarios y de los equipos coordinadores y de supervisión. Cada Santa Casa, recíprocamente, asumirá en forma creciente el gasto recurrente del personal formado.

**Cuadro II-1: Agentes Comunitarios Propuestos por Hospital**

Hospital	Nº
Anápolis	37
Barbacena	8
Canindé	24
Goiás Velho	40
Sobral	37
Total	146

- b. Capacitación de los equipos de entrenadores-supervisores y personal maternoinfantil hospitalario: el Programa también financiará la capacitación inicial y reciclaje periódico (módulos de 48 horas, repartidas en dos eventos anuales por Estado) de los equipos de coordinación y supervisión ya descritos (pár. 2.5 literal a). Estos equipos (que sumarían un total de 40 personas para los cinco hospitales, con 6 a 12 por hospital) tendrían a su cargo las actividades de entrenamiento previstas (seminarios, talleres) para el personal de cada hospital involucrado en la atención maternoinfantil, así como para moradores de las comunidades a atender y para la formación de auxiliares de enfermería. Los distintos profesionales entrenados asumirán responsabilidades adicionales (v.g., nuevos tipos de atención, educación y promoción, vigilancia y seguimiento de los resultados de la atención, coordinación de equipos, participación en actividades de mejoramiento de calidad, etc.). Además de reforzar la atención preventiva y general a madres y niños, serán ampliadas otras actividades de salud reproductiva (v.g., detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama, control de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar).

2. Readecuación físico-funcional maternoinfantil (US\$1,5 millón)

- 2.6 Este componente financiaría pequeñas obras de remodelación y el equipamiento necesario para adecuar los ambientes ambulatorios y hospitalarios de las Santas Casas dedicadas a la atención

secundaria de las madres y los niños referidos por los agentes comunitarios y los centros ambulatorios respectivos. Además, apoyará el mejoramiento de la calidad técnica y humana de los servicios ampliados de retaguardia médico-hospitalaria 7/, requeridos en virtud de la presencia de los agentes comunitarios de salud, con atención especial a la capacidad de promoción de las Santas Casas, a la participación y satisfacción de sus usuarios. Incluyen, mejoras de las áreas de consulta prenatal y control del niño sano, alojamiento de embarazadas próximas a la labor de parto ("Casas de Mamee"), salas de parto y parto con facilidades para atender el incremento esperado de parturientas normales y de alto riesgo referidas al hospital, adecuación de salas de postparto para el alojamiento conjunto del recién nacido normal con su madre, instalaciones para los recién nacidos de alto riesgo (UTI neonatal), transformación de cuartos privados a semiprivados (de cuatro camas), y mejoras de los sistemas electromecánicos, entre otras. Los detalles pertinentes de las obras y equipamiento a ser financiados están disponibles en los archivos técnicos.

3. Coordinación, monitoreo, evaluación y disseminación  
(US\$1,0 millón)

- 2.7 Aparte del monitoreo continuo del proceso de ejecución, serán efectuadas reuniones evaluativas semestrales en cada hospital, dos seminarios anuales conjuntos de evaluación de los equipos docentes-supervisores de los cinco hospitales, y una evaluación final. Para estas actividades se utilizarán indicadores de proceso y de impacto g/ a ser acordados con el Banco al inicio de la ejecución. Los resultados y las lecciones extraídas de este proceso evaluativo serán el insumo básico para la adecuación progresiva de los esquemas operativos, de formación y capacitación en los cinco hospitales durante la ejecución, así como para los talleres, pasantías y demás actividades de disseminación previstas a partir del segundo año de ejecución (ver pár. 2.8).
- 2.8 La difusión, promoción, y apoyo a la replicación del nuevo modelo de atención en el resto de la Red CMB se harían a través de: i) 10 talleres microrregionales (uno por año durante los dos últimos años de ejecución en cada una de las cinco áreas); ii) pasantías y visitas de intercambio para un mínimo de 135 profesionales de otros municipios en los cinco hospitales, pero principalmente en Canindé y Goiás Velho por su experiencia comunitaria previa vinculada a la Pastoral del Niño; iii) un seminario nacional con la participación de 40 representantes de las federaciones estatales de la CMB; iv) producción y difusión de un video, de "clips" para la televisión, el

---

7/ Atención del embarazo, parto y puerperio normales y de riesgo, del recién nacido de alto riesgo, alojamiento de recién nacidos normales y de los niños hospitalizados con sus madres, lactancia materna y crecimiento y desarrollo del niño, para que puedan acreditarse los hospitales por UNICEF y el Ministerio de Salud como "Hospitales Amigos da Criança" y de "Maternidade Segura".

g/ Impacto: incluirán cambios en la incidencia de complicaciones del embarazo y parto, mortalidad perinatal, mortalidad materna hospitalaria, prevalencia de desnutrición. Proceso: incluirán cobertura prenatal, del parto, crecimiento y desarrollo infantil.

Informe Final de Evaluación del Proyecto, así como otros materiales informativos y promocionales. Información más detallada sobre estas actividades se encuentran en los archivos técnicos.

D. Costo

- 2.9 Se estima que el costo total del programa será de US\$5,71 millones, distribuido por componente conforme al Cuadro II-2, US\$4,69 millones de los cuales serían la contribución del Banco, a ser financiados con recursos no reembolsables en moneda nacional del Fondo de Operaciones Especiales (FOE). La distribución por hospital (Cuadro II-3) corresponde a las necesidades particulares de cada localidad. La contrapartida se ha estimado en US\$1 millón, que corresponde a los salarios del personal incremental (agentes comunitarios, docentes y supervisores). El rubro de remuneración corresponde al gasto recurrente de la contratación del personal nuevo (agentes comunitarios y equipos supervisores), que serán asumidos progresivamente por los presupuestos de cada hospital durante la ejecución del proyecto (a razón de 40%, 60% y 100% para la ejecución). Los gastos por concepto de pasaje y viáticos corresponden a la movilización y hospedaje de los 146 agentes comunitarios y los cinco equipos supervisores, durante sus formación inicial y las actividades anuales de reciclaje de los mismos. Este mismo rubro, para el tercer componente corresponde a la movilización del personal de otros hospitales de la Red CMB a los talleres, seminarios y pasantías programados.

**Cuadro II-2: PRESUPUESTO CONSOLIDADO**  
(en miles de US\$)

CATEGORÍA PRESUPUESTARIA	BID/FOE R\$	CMB	TOTAL	%
<b>A. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN</b>				
1. Servicios de Consultoría	121		121	2,1
2. Pasajes y Viáticos	354		354	6,2
3. Útiles y Enseres	196		196	3,4
4. Cursos	50		50	0,9
5. Remuneración	1.616	860	2.476	43,4
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.337</b>	<b>860</b>	<b>3.197</b>	<b>56,0</b>
<b>B. READECUACIÓN FÍSICO-FUNCIONAL MATERNOINFANTIL</b>				
1. Obras	542		542	9,4
2. Equipo	909		909	15,9
3. Mobiliario y equipo de oficina	20		20	0,3
4. Útiles y enseres	53		53	0,9
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.524</b>		<b>1.524</b>	<b>26,7</b>
<b>C. COORDINACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN Y DISEMINACIÓN</b>				
1. Servicios de Consultoría	146	160	306	5,4
2. Pasajes y Viáticos	333		333	5,8
3. Equipos	3		3	0,0
4. Útiles y Enseres	72		72	1,3
5. Publicaciones	58		58	1,0
6. Imprevistos	217		217	3,8
<b>SUBTOTAL</b>	<b>829</b>	<b>160</b>	<b>989</b>	<b>17,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.690</b>	<b>1.020</b>	<b>5.710</b>	
<b>%</b>	<b>82,1</b>	<b>17,9</b>		<b>100,0</b>

**Cuadro II-3: PRESUPUESTO POR HOSPITAL**  
(en miles de US\$)

HOSPITAL	BID/FOE	CMB	TOTAL	%
Anápolis	1.127	234	1.361	23,8
Barbacena	670	125	795	13,9
Canindé	893	149	1.042	18,2
Goiás Velho	610	80	690	12,1
Sobral	835	272	1.107	19,4
Coordinador CMB	555	160	715	12,6
<b>TOTAL</b>	<b>4.690</b>	<b>1.020</b>	<b>5.710</b>	<b>100,0</b>

### III. EJECUCIÓN

- 3.1 El Programa será ejecutado en tres años bajo la responsabilidad de la Presidencia de la CMB, que asignará un coordinador y contratará personal técnico y de apoyo a tiempo completo para la promoción, coordinación y supervisión central, que será condición para el primer desembolso. La ejecución de los componentes 1 y 2 será realizada directamente por los cinco hospitales (pár. 2.4) por los equipos supervisores multidisciplinarios, apoyados por los departamentos financieros respectivos, en estrecha coordinación con las Secretarías Municipales de Salud de cada ciudad. La capacitación de los equipos técnicos será realizada en servicios especializados, organizados localmente, con la participación de profesionales calificados, bajo la coordinación de la CMB. La unidad central de la CMB tendrá a su cargo la ejecución del componente de monitoreo, evaluación y disseminación utilizando para ello el marco lógico (Anexo III-1).
- 3.2 Los procesos y procedimientos de adquisiciones serán examinados en el curso de la supervisión regular de los cinco proyectos y la unidad coordinadora por el Banco, estableciéndose las medidas pertinentes si se encontrasen irregularidades (ver Anexo III-2). Compras por debajo de US\$100.000 se harán en base a un mínimo de tres cotizaciones. Compras por encima de ese monto se harán por invitación a un mínimo de tres proveedores a presentar propuestas, a partir de una lista precalificada de proveedores, aprobada por el Banco.
- 3.3 Los recursos serán desembolsados directamente a un Fondo Rotatorio manejado por la CMB, conforme al siguiente cronograma. Cada anticipo de fondos podrá ser hasta el 20% del costo del proyecto del hospital respectivo. La CMB tendrá la responsabilidad de transferir los recursos que correspondan a cada hospital. Para ello serán efectuados convenios entre la CMB y los hospitales coejecutores. Se seguirán procedimientos contables y de auditoría compatibles con los requerimientos del Banco. Se pondrán los registros y documentación correspondientes a disposición del Banco, cuando estos sean solicitados. La contrapartida, a ser financiada por los hospitales participantes y por la CMB, corresponde fundamentalmente a la remuneración de los equipos de trabajo (docentes-supervisores, agentes comunitarios), y personal contratado específicamente para actividades del proyecto.

- 3.4 Evaluación, seguimiento e informes: El ejecutor y los coejecutores presentarán informes semestrales de progreso, así como estados financieros anuales auditados por auditores externos aceptables al Banco. Además, la Representación del Banco en el Brasil efectuará visitas regulares de supervisión al ejecutor y a los hospitales coejecutores. Las evaluaciones previstas serán efectuadas por consultores independientes contratados por la CMB.

**Cuadro III-1: CRONOGRAMA DE DESEMBOLSOS**  
(en miles de US\$)

Componente	Año 1		Año 2		Año 3	
	BID	CMB	BID	CMB	BID	CMB
I. Formación y Capacitación	1.039	0	765	338	533	522
II. Readecuación físico-funcional	1.005	0	519	0	0	0
III. Coordinación, Monitoreo, Evaluación y Diseminación	227	20	236	20	366	120
<b>Total</b>	<b>2.271</b>	<b>20</b>	<b>1.520</b>	<b>358</b>	<b>899</b>	<b>642</b>

#### IV. IMPACTO SOCIAL, CALIDAD AMBIENTAL Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

- 4.1 Impacto social y de género: Este Programa se ha clasificado automáticamente como proyecto focalizado hacia la pobreza (PFP o "PTI") por mejorar la atención integral de madres y niños de 42.000 familias de bajos ingresos en los municipios sede de las entidades participantes, así como la atención especializada de la clientela referida por las ciudades vecinas. Así, viene a ser coherente con los objetivos de equidad y reducción de pobreza del documento AB-1704 de la Octava Reposición de Recursos (párrafos 2.13 y 2.15).
- 4.2 Además, se espera que el proyecto tenga un efecto demostrativo sobre las más de 1.700 instituciones vinculadas a la Confederación, estimulando estrategias innovadoras y modelos más eficientes de atención del binomio madre-niño. Se vislumbra que, a raíz del programa, los cinco hospitales (y posteriormente todos los que introduzcan el nuevo modelo) puedan optar a ser calificados por UNICEF como Hospitales "Amigo del Niño" y de "Maternidad Segura". El papel central de los servicios de salud reproductiva en cada uno de los cinco proyectos optimiza el impacto sobre las mujeres de bajos ingresos que serían las beneficiarias principales, con las debidas consideraciones de género.
- 4.3 Impacto ambiental: El Programa no tendrá efectos ambientales negativos, dado el alcance limitado de las obras de remodelación previstas, que en esencia mejorarán las condiciones ambientales actuales de las instalaciones de atención materno-infantil en los cinco hospitales. De hecho, la incorporación de los 146 agentes comunitarios de salud a los municipios sede y vecinos de estos hospitales ha de contribuir de forma significativa a mejorar el saneamiento ambiental de aquellas localidades, generando así un efecto ambiental positivo.



- 4.4 Serán incorporadas al Programa las siguientes medidas de protección: i) los hospitales deben disponer de sus residuos biológicos con los debidos cuidados, separados de los desechos sólidos comunes, y descartados de una manera ambientalmente segura; ii) para el componente de readecuación de infraestructura, asegurar la instalación adecuada de equipos potencialmente peligrosos, así como el adiestramiento indicado del personal responsable; iii) incluir en la capacitación el manejo adecuado de residuos y materiales peligrosos.
- 4.5 Justificación: Así, el financiamiento del Programa propuesto se justifica por constituir una reforma del modelo de atención vigente en los hospitales de la CMB: de su papel curativo pasivo como proveedor SUS a asumir un liderazgo en la oferta proactiva de servicios maternoinfantiles comunitarios dirigidas a la población más carente a través de agentes comunitarios de salud, de valor ya comprobado en Brasil en la transformación local de situaciones de salud. Igualmente, el refuerzo de la calidad de la atención maternoinfantil hospitalaria consolidaría su papel como centros microrregionales de referencia (de grupos de municipios vecinos de características socioeconómicas comunes) para embarazadas y parturientas de alto riesgo.

## V. RIESGOS Y ASPECTOS ESPECIALES

- 5.1 Experiencia y Capacidad Institucional de la CMB: Si bien la CMB no tiene experiencia previa con organismos multilaterales, sí tiene una tradición establecida como entidad coordinadora de la Red de Santas Casas y con programas de capacitación y de apoyo a la misma. Tiene experiencia con entidades de ayuda bilateral de Francia y Canadá (Grupo de Compras Hospitalarias (GCH) creada en 1997), producto de la decisión de la CMB de profesionalizar su capacidad de compras en volumen. Su conocido compromiso social —de origen religioso— y la solidez financiera de una pluralidad de las entidades filantrópicas asociadas, reducen el riesgo de discontinuidad de esta iniciativa. La selección cuidadosa de los cinco hospitales, por la capacidad de sus equipos gerenciales, la existencia de fuentes complementarias de ingresos y antecedentes de proyectos de ampliación minimiza el riesgo a nivel de los coejecutores.
- 5.2 Sustentabilidad, Dependencia de Recursos SUS y Articulación Local con las Secretarías Municipales de Salud: Otro riesgo que podría afectar la sustentabilidad del Programa es la dependencia de las Santas Casas participantes (y de la Red CMB en general) de los recursos canalizados por el SUS a través de las respectivas Secretarías Municipales de Salud. En la práctica, los cinco hospitales son las principales fuentes de atención para la población de bajos ingresos en sus respectivas microrregiones y municipios, por lo que participan del Consejo Municipal de Salud y mantienen una relación muy estrecha con las Secretarías Municipales de Salud, con las cuales tienen convenios SUS y PAB que incluyen todos los servicios comunitarios contemplados en el Programa,

además de los servicios hospitalarios reembolsados por SUS. Todos estos recursos se quedan en los hospitales afiliados a la CMB, debiendo permitirles un crecimiento continuo, y una atención y capacidad resolutive de calidad a su "clientela", a través de consorcios regionales integrados y jerarquizados por nivel de atención. Además, los cinco hospitales hoy operan planes locales privados de salud que complementan sus ingresos, y permiten subsidios cruzados internos. Adicionalmente, la CMB lanzó al mercado a principios del año en curso, un plan de salud de alcance nacional (ver pár. 1.8), que ha de institucionalizar y fortalecer recursos complementarios. Todo esto asegura la sustentabilidad del Programa al facilitar la absorción progresiva de la contrapartida por cada uno de los cinco hospitales, a medida que decrece la participación financiera del Banco durante la vida del Programa.

- 5.3 Coordinación con REFORSUS: Por un lado, el Programa se enmarca dentro de las políticas acordadas con el Ministerio de Salud en torno al REFORSUS. En la práctica, representa un recurso complementario, dado que cuatro de los cinco hospitales participantes también son recipientes de recursos REFORSUS. No obstante, se ha verificado que las obras financiadas por REFORSUS no duplican ni coinciden con las inversiones propuestas por la CMB. Las obras previstas por REFORSUS incluyen: Hospital de Canindé - recuperación de instalaciones de la unidad de emergencia (R\$82.000); Hospital de Barbacena - reequipamiento del Centro Quirúrgico (R\$100.000); Hospital de Anápolis - equipamiento en diferentes unidades (R\$264.000); Hospital de Goiás Velha - recuperación y reforma general de las instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias (R\$237.000). Como esta propuesta enfatiza la replicación de la experiencia del trabajo extramural de atención comunitaria, los beneficios del REFORSUS serán complementarios y facilitarán que otras Santas Casas, ya readecuadas físicamente, puedan adoptar el nuevo modelo.
- 5.4 Otro aspecto que cabe articular a la ejecución de REFORSUS viene a ser la **insuficiencia** citada (ver pár. 1.4) del PAB y la utilización decreciente de las tablas de reembolso SUS en virtud de las transferencias en bloque al número creciente de municipios que vienen adquiriendo su autonomía administrativa: plena de atención básica (actualmente más de 3.300) y plena de sistema municipal (actualmente 345). Para ello, se ha previsto negociar con el Ministerio de Salud la reformulación de la carta de políticas del REFORSUS, de manera que asegure la asignación de los recursos requeridos al PAB, ya sea del SUS o de otras fuentes (v.g., CPMF).
- 5.5 Coordinación con el Programa de Reducción de Mortalidad Infantil (PRMI): El PRMI apoyaría objetivos similares en la red pública y contratada, pero los municipios contemplados no coinciden, con la excepción de Canindé, donde las acciones serían coordinadas con la Secretaría Municipal de Salud, evitando así cualquiera duplicación.

## BRASIL

## MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA MODELOS ATENCIÓN SALUD MADRE-NIÑO (TC-97-07-17-6)

NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Adaptación a las políticas nacionales de atención de hospitales filantrópicos de la Red CMB a la introducción de un nuevo modelo de atención maternoinfantil comunitaria.	Modelo de atención maternoinfantil comunitaria funcionando en los cinco hospitales iniciales y en 1.000 hospitales de la Red CMB tres años después de la terminación del proyecto.	Informes de evaluación anual y final del programa. Inspecciones en los cinco hospitales y una muestra de los hospitales afiliados a la CMB que hayan iniciado la introducción del modelo.	Exito de la implantación del modelo en los cinco hospitales iniciales. Voluntad de las estructuras directivas de los hospitales de la Red CMB de introducir el modelo de atención.
Mejora de salud maternoinfantil, extensión del modelo comunitaria a través del fortalecimiento de la calidad y capacidad de los hospitales seleccionados, y de retaguardia posterior del nuevo modelo en la Red CMB.	En las localidades con agentes comunitarios de salud: Tasas mortalidad infantil y materna reducidas en 20% Enfermedades inmuno-prevenibles y desnutrición reducidas en 40% Complicaciones embarazo, parto y puerperio reducidas en 30% Mortalidad materna hospitalaria reducida 20% en los cinco hospitales. Modelo en estado avanzado de implantación en otros 100 hospitales de Red CMB al finalizar el proyecto.	Estadísticas vitales Registros de enfermedades notificables. Sistema de Vigilancia Nutricional Estadísticas hospitalarias Informes del CMB. Visitas de inspección.	Desplegamiento de agentes comunitarios para supervisión y apoyo efectivo de los modelos. Asignación efectiva de recursos presupuestarios para asegurar su continuidad/sustentabilidad. Coordinación efectiva con y apoyo de las Secretarías Municipales de Salud y Comités Municipales de Salud.
<b>COMPONENTE 1: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN</b>			
Fortalecimiento de la calidad y la atención hospitalaria, implantando estrategias de atención maternoinfantil integral que respondan a las necesidades locales, a través del contacto directo con agentes de salud.	140 agentes comunitarios (ACS) formados, empleados y prestando servicio a un mínimo de 300 familias cada uno. Número equivalente posiciones ACS creados presupuesto cinco hospitales. ACS reciclados anualmente.	Informes de las evaluaciones semestrales, anuales y final	Articulación efectiva con Secretarías Municipales de Salud del área de influencia. Coordinación efectiva con PRMI. Selección adecuada personal docente-supervisores de los ACS. Sustentabilidad/continuidad de los ACS docentes-supervisores.
Fortalecimiento de los hospitales como unidades de referencia regional y centros de atención para un proceso previsto de implementación del modelo de atención en las demás localidades de la confederación.	Equipos multidisciplinarios docentes-supervisores capacitados en los cinco hospitales participantes  100% del personal maternoinfantil en los cinco hospitales capacitado por equipos docentes-supervisores con nuevas funciones asumidas.  Sistemas de mejoramiento y vigilancia de calidad técnica y humana implantados en los cinco hospitales.  Equipos docentes-supervisores actualizados con dos eventos (anuales) de reciclaje de 40 horas cada uno.  50% de moradores de las comunidades orientados en eventos educativos.	Informes de evaluación semestral, anual y final.	Selección adecuada del personal docente-supervisor. Sustentabilidad / continuidad de los equipos docentes-supervisores y del personal de apoyo.

NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>COMPONENTE DE READECUACIÓN FÍSICO-FUNCIONAL MATERNOINFANTIL</b>			
hospitales como unidades de referencia regional (captación de madres y niños referidos pororios y centros de salud).	Pequeñas obras de remodelación y el equipamiento de ambientes ambulatorios y hospitalarios completados según proyectos presentados por cada hospital (áreas de consulta prenatal y control niño sano, "Casas de Mamae", salas de parto, parto, postparto, instalaciones para recién nacidos de alto riesgo, transformación de cuartos privados a semiprivados, mejoras de sistemas electromecánicos.	Informes de evaluación semestral, anual y final.	Disponibilidad local de servicios y bienes requeridos. Sustentabilidad de la operación de los mejorados.
<b>COMPONENTE DE COORDINACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN Y DISEMINACIÓN</b>			
dinación efectiva de las programas, y establecer un sistema de monitoreo y evaluación de las mismas, insumos, proceso e impacto.  hospitales como centros de para un proceso previsto de modelo de atención en las demás Confederación.	Desembolsos efectuados oportunamente. Informes preparados oportunamente.  Reuniones evaluativas semestrales efectuadas en cada hospital Dos seminarios anuales conjuntos de evaluación de los equipos docentes-supervisores de los cinco hospitales realizados y sus resultados incorporados a esquemas operativos, procesos de capacitación y actividades de diseminación.  Actividades de difusión y apoyo a la replicación del modelo cumplidas: a. 10 talleres microrregionales b. Pasantías y visitas de 135 profesionales de otros municipios c. Un seminario nacional con 40 representantes de federaciones CMB d. Video, "clips" y otros materiales promocionales producidos.  Evaluación final efectuada.	Informes de evaluación semestral, anual y final. Informe especial voluntario ex post a los tres años.	Capacidad de coordinación y gestión Selección adecuada de los equipos e

## PLAN DE ADQUISICIONES

Adquisiciones Principales del Programa	Financiamiento en US\$000 y % del Costo Total		Método de Adquisición	Fecha Est. Public. AEA trim/año
	BID	NACIONAL		
<b>1. OBRAS</b>			Tres cotizaciones hasta US\$100.000. Invitación de tres proponentes de lista precalificada para mayores de US\$100.000	
Anápolis	140.000			III/98
Barbacena	150.000			III/98
Canindé	117.000			III/98
Goiás Velha	93.000			III/98
Sobral	42.000			III/98
<b>2. EQUIPOS</b>				
Anápolis	300.000			IV/98
Barbacena	148.000			IV/98
Canindé	206.000			IV/98
Goiás Velha	173.000			IV/98
Sobral	102.000			IV/98
CMB	3.000			III/98
<b>3. SERVICIOS DE CONSULTORIA</b>			Concurso por invitación de un mínimo de tres proponentes	
Individual	267	160		III/98
Firma	0	0		

## PROYECTO DE RESOLUCION

### BRASIL. COOPERACIÓN TÉCNICA NO REEMBOLSABLE PARA UN PROGRAMA DE MODELOS DE ATENCIÓN SALUD MADRE - NIÑO

El Directorio Ejecutivo

#### RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe para que proceda en nombre y representación del Banco a suscribir los acuerdos necesarios con la Confederação das Misericórdias do Brasil y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones a que se refiere el Documento AT- \_\_\_\_\_, sobre una cooperación técnica no reembolsable para un programa de modelos de atención salud madre-niño.
2. Destinar para los fines de esta resolución, hasta el equivalente de US\$4.690.000, en reais, con cargo a los ingresos netos del Fondo para Operaciones Especiales.
3. Establecer que la suma anterior sea otorgada con carácter no reembolsable.