

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**CHIAPAS, MÉXICO**

**SALUD MESOAMÉRICA**

**(ME-G1001)**

**PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Ignez Tristao, jefe de equipo; Kei Alegría (SCL/SPH); ; Gloria Coronel (PFM/CME); Josh Colston (SCL/SPH); Victor Escala (PFM/CME); Pablo Ibarrarán (SPD/SDV); Emma Iriarte (SCL/SPH); Lissie Manrique (SCL/SPH); Omar Martínez (LEG/SGO); Isabel Nieves (SCL/SPH); Sandro Parodi (SPH/CDR); y Fabiano Teixeira (SCL/SPH).

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

## Índice

RESUMEN DEL PROYECTO .....	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	- 2 -
A. Antecedentes, problemas y justificación .....	2
B. Objetivos, componentes y costo .....	8
C. Indicadores clave de la matriz de resultados .....	12
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS .....	13
A. Instrumentos del financiamiento.....	- 12 -
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias .....	- 13 -
C. Riesgos fiduciarios.....	- 13 -
D. Otros Riesgos .....	- 13 -
III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	13
A. Resumen de medidas de implementación.....	13
B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados .....	15

Anexos	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios
Anexo IV	Marco de Desempeño
Enlaces Electrónicos	
<b>OBLIGATORIOS</b>	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426634">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426634</a>
2.	Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36424484">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36424484</a>
3.	Plan de Adquisiciones Completo <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426056">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426056</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426641">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36426641</a>
2.	Programa Institucional de la Secretaría de Salud en Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420434">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420434</a>
3.	Catálogo Universal de Servicios de Salud de México <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420474">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420474</a>
4.	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420447">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420447</a>
5.	Salud de la Mujer Indígena <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380639">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380639</a>
6.	Nota Técnica De Descripción De La Cadena De Suministros <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420486">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420486</a>
7.	Nota Técnica Sobre Los Criterios De Focalización De Sm2015 En Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420503">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420503</a>
8.	Nota Técnica Sobre El Funcionamiento Del Sistema De Salud De Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420513">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36420513</a>
9.	Plan Estratégico De Desarrollo De Soluciones Tecnológicas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36706529">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36706529</a>
10.	Costeo Estrategia SM2015- Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432336">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432336</a>
11.	Estudio de Análisis de Barrera de Demanda y Oferta - Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432345">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432345</a>
12.	Análisis de Costo Efectividad – Iniciativa SM2015 Chiapas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432354">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432354</a>
13.	Marco Jurídico Federal y Estatal <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432361">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36432361</a>
14.	Salvaguardias Ambientales y Sociales <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36421850">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36421850</a>

## ABREVIATURAS

AL	Aporte Local
ATE	Auditoría Técnica Externa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNS	Cartilla Nacional de Salud.
CEDATHOS	Centro Docente Asistencial en Terapia de Hidratación Oral
CIES	Centro de Información Estratégica en Salud
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
EFA	Estados Fiduciarios Auditables
ECH	Estado de Chiapas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
e-REF	Referencia y Contra referencia de Servicios de Salud Materno-infantil
e-TAB	Tablero Electrónico de Seguimiento y Control en Línea
GRP	Gestión de Riesgos de Proyectos
HCE	Historia Clínica Electrónica
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMSSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
IRA/EDA	Infecciones Respiratorias Agudas/Enfermedades Diarreicas Agudas
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ISSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MHF	<i>Mesoamerican Health Facility</i>
ODM	Objetivos del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No-Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAL	Programa de Apoyo Alimentario
PF	Planificación Familiar
PMR	Reporte de Monitoreo del Progreso y Desempeño
POA	Plan de Actividades para el Primer Desembolso
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RO	Reglamento Operativo
SHECH	Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas
SM2015	Iniciativa Salud Mesoamérica 2015
SIIGS	Sistema Integral de Información y Gestión de Salud
SiME	Sistema de Monitoreo de Embarazadas
TD	Tramo de Desempeño
TES	Tarjeta Electrónica de Salud
TI	Tramo de Inversión
UDATHOS	Unidad Docente Asistencial en Terapia de Hidratación Oral

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**MEXICO**  
**INICIATIVA SALUD MESOAMERICA 2015 (SM2015)**  
**(ME-G1001)**

Términos y Condiciones Financieras				
Beneficiario: Estado de Chiapas -México Organismo ejecutor: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH)			No reembolsable	
			Plazo de Desembolso:	18 meses <sup>1</sup>
Fuente	Monto US\$ millón	%		
Tramo de Inversión (TI) - MHF	2.585.905	30.8		
Aporte Local (AL)	3.878.857	46.2		
Total Inversión (TI+AL)	6.464.762	76.9		
Tramo de desempeño (TD) - MHF	1.939.429	23.1		
Total (TI+AL+TD)	8.404.191	100.0	Moneda:	Dólares estadounidenses
Esquema del Proyecto				
<p><b>Objetivo del programa:</b></p> <p>El objetivo del programa es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en los municipios más pobres de Chiapas a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la calidad y la utilización de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez. El primer y presente proyecto se enfoca en 30 de los municipios más pobres del Estado de Chiapas, beneficiando directamente a 270.242 mujeres de 15 a 49 años y a 142,773 niños y niñas menores de 5 años. El programa es parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) que busca mejorar la salud de mujeres y de niños menores de cinco años, de las poblaciones más pobres de la región mesoamericana.</p> <p><b>Condiciones contractuales especiales del Tramo de Inversión (TI):</b></p> <p><b>Previas al primer desembolso:</b> (i) que se haya aprobado y se encuentre en vigencia el Manual de Operaciones del programa. <b>Condiciones de ejecución:</b> (i) las condiciones establecidas en el Reglamento Operativo (RO) del SM2015; y (ii) a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c; párrafo 1.27 del Anexo 1 del RO del SM2015, remitir anualmente y hasta dos años después del desembolso del Tramo de Desempeño (TD), el reporte de gasto del ISECH que identifique los recursos correspondientes al TD y el gasto ejecutado en el primer nivel de atención.(Pár. 3.6)</p> <p><b>Condiciones contractuales del Tramo de Desempeño (TD):</b> el desembolso del TD está sujeto a que se alcance el puntaje mínimo pactado con el beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño para la primera operación individual (Anexo IV) (Pár. 3.7.)</p> <p><b>Adquisiciones:</b> las adquisiciones de bienes y servicios, y la contratación de consultores correspondientes al TI se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). El TD se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo indicado sin la revisión de las adquisiciones de bienes y servicios ni la contratación de consultores. (Par. 3.3)</p> <p><b>Elegibilidad Parcial:</b> Se desembolsarán hasta doscientos cincuenta mil dólares (US\$ 250.000) del TI para financiar las actividades necesarias para la elaboración del Manual de Operaciones y la organización del sistema de información financiera y la estructura de control interno requeridas para la declaratoria de elegibilidad de la operación.</p> <p>Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [ X ] No [ ]</p> <p>El proyecto califica como: SEQ [ ] PTI [ ] Sector [X ] Geográfica [X ] % de beneficiarios [ ]</p>				

<sup>1</sup> Contados a partir de la fecha en que el Banco declare que la contribución es elegible para desembolsos.

## I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

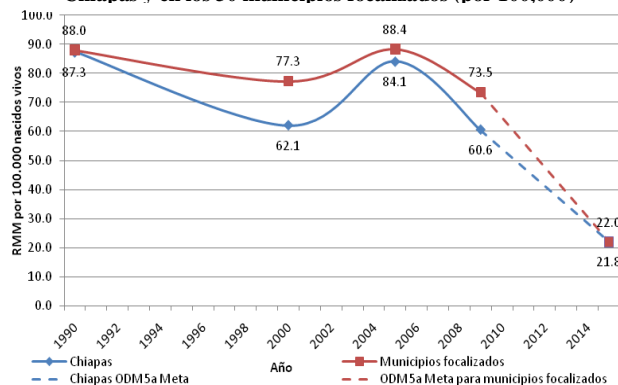
### A. Antecedentes, problemas y justificación

1.1 **Situación de la salud materno-infantil.** El Estado de Chiapas (ECH) ha mostrado avances en cuanto a mejoras en la salud pública de mujeres y niños. En efecto, la razón de mortalidad materna disminuyó de 87,3 a 60,6 entre 1990 - 2010<sup>2</sup>. Este avance, sin embargo, ha sido insuficiente

para revertir el gran rezago en términos relativos. El ECH sigue siendo uno de los estados mexicanos con las tasas más altas de mortalidad materna y con grandes disparidades en los indicadores de salud al interior del Estado. La tasa de mortalidad en los 30 municipios más pobres y con alta concentración de población indígena, ha permanecido por

encima del promedio estatal en los últimos 20 años (gráfico 1), y aún muy por encima de la meta de los Objetivos del Milenio (ODM) fijada en 21.8<sup>3</sup>.

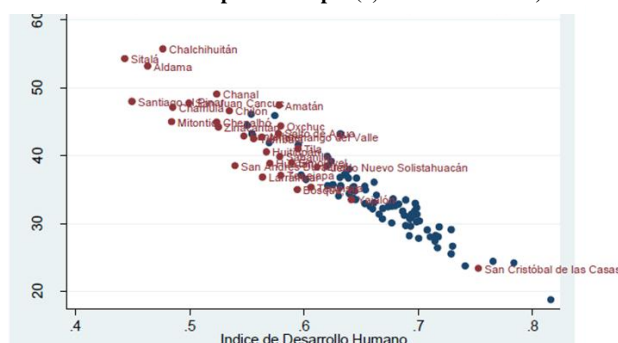
Gráfico 1: Razón de mortalidad materna (RMM) en Chiapas y en los 30 municipios focalizados (por 100,000)



1.2 La evidencia sobre las causas de la mortalidad materna muestra que, las tres principales causas (hemorragias, hipertensión y sepsis), representando el 62% de los casos, son prevenibles mediante acciones de salud pública<sup>4</sup>.

1.3 La salud infantil muestra un patrón similar. Tanto la mortalidad infantil como la mortalidad de niños menores de 5 años se redujeron en las dos últimas décadas (de 29,6 a 17,7 y de 49,0 a 18,9, respectivamente)<sup>5</sup>. El desafío está en la gran disparidad en los resultados al interior del Estado. La asfixia y el bajo peso en el nacimiento representan el 28% de las causas de muerte<sup>6</sup>. Si bien la cobertura promedio de niños con esquema de vacunación completa se elevó, alcanzando el 71% a

Gráfico 2: Tasa de mortalidad infantil e Índice de Desarrollo Humano por municipio (1,000 nacidos vivos).



<sup>2</sup> El ritmo de disminución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha sido lento en las últimas dos décadas. Sin embargo, se observa una tendencia acelerada de disminución en los últimos 5 años que ha permitido una mejora de Chiapas en el ranking nacional.

<sup>3</sup> Datos de la Matriz Municipal de los Objetivos de Desarrollo del milenio proporcionado por el ISECH.

<sup>4</sup> INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos de defunciones.

<sup>5</sup> Sistema Integral de Indicadores, Secretaría de Hacienda- Chiapas.

<sup>6</sup> Bases de Datos INEGI.

nivel estatal, para la población indígena o pobre esta cobertura no llega a más de 65% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006).

- 1.4 El ECH es el estado con mayor prevalencia de bajo peso y baja talla, y el segundo de desnutrición en el país; además la desnutrición es la quinta causa de muerte infantil y de la niñez en el Estado. La prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva gira en torno al 20%<sup>7</sup>. El Programa Oportunidades proporciona apoyo en efectivo a más de 620 mil familias y distribuye micronutrientes a niños de 6 a 60 meses (Vita Niño) y mujeres embarazadas (Vita Vida). En zonas rurales se distribuyen adicionalmente suplementos alimenticios fortificados a niños de 6 a 12 meses (Nutrisano) y de 13 a 23 meses (Nutri Crece)<sup>8</sup>. Sin embargo, con base a las entrevistas con el personal de salud local, se ha reportado que las prácticas alimenticias complementarias son tardías e inadecuadas (productos industriales de baja calidad alimenticia como sodas y galletas), lo que podría explicar el bajo estado nutricional.
- 1.5 **Uso de los servicios de salud y barreras a la demanda.** En conjunto con las mejoras de los resultados en salud, se ha incrementado el uso de los servicios. Entre 2000 y 2009, el porcentaje de mujeres que reportan haber acudido a controles prenatales aumentó de 62,2% a 82,3%, la proporción de partos institucionales con personal calificado pasó de 44,9% a 72,9%, y la tasa de fecundidad en las adolescentes pasó de 13,2 en 1992 a 3,3 en 2010<sup>9</sup>. No obstante, subsisten severas inequidades en el uso de servicios, particularmente entre la población pobre e indígena, lo que se evidencia en sus peores indicadores de salud. Estas inequidades, en parte, son resultado del menor nivel de acceso a los servicios que tienen estas poblaciones (sea por barreras geográficas, culturales o de información)<sup>10</sup>, y en parte por la menor calidad del servicio recibido. Por ejemplo, sólo la mitad de las mujeres indígenas o pobres reportan recibir análisis de laboratorio durante el embarazo.
- 1.6 Las zonas priorizadas del proyecto presentan una paradoja singular: un considerable uso de servicios de controles prenatales pero muy bajo parto institucional. Un estudio de análisis de barreras a la oferta y demanda por servicios de salud en estas áreas, encontró que mientras la gran mayoría de las embarazadas ha acudido a citas de control prenatal, el 90% de los partos fueron atendidos por parteras, una opción que incrementa el riesgo de muerte ante el evento de una emergencia obstétrica o neonatal<sup>11</sup>. La evidencia anecdótica apunta a que las altas tasas de control prenatal se dan porque son parte de las responsabilidades del Programa Oportunidades, mientras que el parto

---

<sup>7</sup> El 10,3% de los niños menores de 5 años presentaban bajo peso, 27% tuvo baja talla para la edad y el 20,4% anemia. En zonas rurales, la baja talla para la edad es cercana al 30% (ENSANUT 2006).

<sup>8</sup> El Programa Oportunidades atiende a 611.257 familias en Chiapas y el Programa de Apoyo Alimentario (PAL) a 40 mil familias.

<sup>9</sup> Sistema Integral de Indicadores, Secretaría de Hacienda- Chiapas.

<sup>10</sup> Nazar Beutelspacher, A. (2011), Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México, 2011. El estudio de barreras comisionado para ese proyecto apunta, como factor limitante, a la falta de información de muchas mujeres que piensan que sólo pueden acudir a los servicios públicos de salud si tienen algún tipo de seguro o son beneficiarias del Programa Oportunidades.

<sup>11</sup> A nivel estatal, el 54% de las mujeres indígenas y el 35,3% de las mujeres en el primer quintil de pobreza reportan haber dado a luz en su casa o en casa de una partera (ENSANUT, 2006). Solo entre 10% a 16% de estas parteras se encuentran capacitadas.

institucional no<sup>12</sup>. No obstante, la experiencia de Oportunidades evidencia la efectividad del incentivo monetario para impulsar los dichos servicios en áreas mayoritariamente indígenas. Dos aspectos claves sobresalen detrás de estos resultados; primero, la población indígena tiene valores y actitudes hacia la salud arraigados en cuanto a usos y costumbres que disienten con el enfoque ofrecido por el Estado; y segundo, enfrentan barreras económicas y geográficas que limitan su acceso. Eso fue confirmado por el estudio de barreras comisionado para este proyecto. Aunque el ECH ha iniciado esfuerzos de adecuación de los servicios, aún no se ha alcanzado un cambio extendido de comportamiento.

- 1.7 En cuanto a los servicios de nutrición y de inmunizaciones, el estudio no identificó barreras de demanda y de oferta pues ambos tienen aceptación y un seguimiento institucional cercano por ser parte del Programa Oportunidades. Sin embargo, hay evidencia anecdótica de que muchas madres no proporcionan las papillas a los niños y les compran productos industrializados de bajo valor nutricional, lo que llevó al personal médico entrevistado a concluir que el Programa Oportunidades podría no estar teniendo el efecto esperado en la disminución de la desnutrición infantil en esas áreas<sup>13</sup>. También se apuntan necesidades de mejoramiento en la cadena de frío y de suministros biológicos, y de capacitación de los recursos humanos en los manuales de inmunización para optimizar el sistema y alcanzar niveles de cobertura de inmunización más altos.
- 1.8 **Sistema de Salud.** Al contexto de un bajo uso, calidad e inequidad de los servicios, se añade que el sistema de salud público se encuentra fragmentado. La población con aseguramiento público se atiende en alguna de las dos instituciones existentes: 13% en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y 5% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)<sup>14</sup>. La población que no cuenta con seguridad social o está asegurada a través del Seguro Popular, se atiende mayormente en el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) y en el IMSS-Oportunidades, programa administrado por el IMSS para la población no-asegurada beneficiaria de Oportunidades. En general, gracias a estas dos instituciones, la presencia de la oferta de servicios existe tanto a nivel estatal como en las áreas de intervención del proyecto. Las presentes debilidades están más relacionadas con aspectos organizacionales y de provisión de servicios que ausencia de oferta. Adicionalmente, se podrían mejorar los mecanismos de coordinación formales entre instituciones para reducir la segmentación de la población, maximizar la capacidad instalada y evitar duplicación de esfuerzos<sup>15</sup>. En ese sentido, el presente proyecto, entre sus actividades de diálogo de políticas, estará promoviendo reuniones técnicas y políticas entre las instituciones para mejorar la coordinación a nivel local en los municipios focalizados. Entre los acuerdos buscados, estaría la posible ampliación de

---

<sup>12</sup> Comunicación personal con personal de los programas estatales.

<sup>13</sup> Comunicación personal con personal de los programas estatales

<sup>14</sup> Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI. No existe información sobre ISECH e IMSS/IMSS-Oportunidades ya que hay doble aseguramiento y/o personas que buscan servicios en ambas instituciones.

<sup>15</sup> Los servicios de atención médica son provistos por la Red de Servicios del Estado y toman como referencia el paquete de intervenciones del Seguro Popular que actualmente cuenta con 275 intervenciones definidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Para una descripción detallada del funcionamiento del sistema de salud, ver nota técnica bajo links opcionales. Ver plan de implementación para una descripción de las principales características del ISECH.



algunas de las intervenciones financiadas por la SM2015 a la población que acude a los centros IMSS-Oportunidades

- 1.9 **Situación de la oferta.** El sector salud del ECH cuenta con escasos recursos para enfrentar los desafíos futuros. El ECH está entre los estados mexicanos con menor gasto per cápita en salud y menor número de establecimientos y médicos por habitante. El estudio de barreras identificó poca capacidad resolutive en varios establecimientos de distintos niveles, lo que debilita la sostenibilidad de la red de servicios pues ocasiona saltos en niveles resolutivos y aglomeraciones de pacientes en pocos establecimientos. Se requiere fortalecer y expandir la capacidad resolutive de hospitales rurales y los centros de salud ampliados para que realicen cesáreas y atiendan cirugías de emergencia. Además, existen desigualdades en infraestructura y segmentación de la población entre las dos principales instituciones que atienden a la población.
- 1.10 **Acciones del gobierno.** El gobierno federal, como parte del Plan Nacional de Salud 2007-2012, decidió focalizar la asignación de recursos en 125 municipios con bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH), mediante la denominada Estrategia 100 x 100. En Chiapas se ubican 20 de estos municipios. Por iniciativa propia, el ECH amplió esta lista a 28 municipios priorizados dentro de su territorio. Más que un programa con una partida presupuestal específica, la estrategia es un esquema de coordinación de acciones conjuntas que define metas alineadas a los ODM, y redirecciona los esfuerzos hacia estas áreas. Como parte de estos esfuerzos se aprobó en el 2009 una reforma constitucional que asume el compromiso de cumplir los ODM por parte del ejecutivo estatal y los municipios. Se desarrolló, además, la Línea Basal de los ODM en Chiapas, que sirve como plataforma técnica de alineación de políticas y para hacer seguimiento en los avances en cada objetivo y meta del milenio<sup>16</sup>. En los últimos 5 años se escalaron las inversiones de infraestructura en salud construyendo 79 centros de salud microregionales y de servicios de salud ampliados con capacidad resolutive para atender 79.690 personas. La inversión total llegó, a la fecha, a US\$28.7 millones. Para combatir la desnutrición y enfermedades diarreicas agudas, el Gobierno implementó 112 acciones de agua potable que benefician a 67.277 personas con una inversión de US\$35.2 millones al año<sup>17</sup>.
- 1.11 **Focalización** La SM2015 indica que la población beneficiaria debe pertenecer al 20% más pobre de la población, concentrar una alta proporción de población indígena y focalizarse utilizando criterios oficiales. En esa línea se tomó el IDH, criterio oficial del Gobierno, para priorizar los municipios. La lista de municipios resultante se validó contrastando con resultados de ordenamientos basados en índices alternativos (como pobreza alimentaria y rezago social). El análisis demostró que la selección con base en el IDH es bastante robusta. Por otro lado, dado que la gestión de los servicios de salud se basa en redes denominadas Jurisdicciones Sanitarias, se optó por una selección en dos etapas: (i) estratificando primero las jurisdicciones según su IDH; y (ii) clasificando, dentro de cada jurisdicción, los municipios de acuerdo al IDH municipal.

---

<sup>16</sup> Naciones Unidas México. La Constitución de Chiapas es la primera constitución en incluir la obligación de cumplir los ODM de la Organización de Naciones Unidas (ONU). En unidad, decididos a erradicar la pobreza, Agenda Chiapas-ONU, ODM Gobierno del Estado de Chiapas, Administración 2006-2012. Disponible en: [www.agendaonu.chiapas.gob.mx/basal/](http://www.agendaonu.chiapas.gob.mx/basal/).

<sup>17</sup> Base de datos de infraestructura hidráulica 2007-2010 proporcionado por el ISECH.

El análisis identificó 30 municipios beneficiarios en 3 jurisdicciones: Tulijá Tseltal Chol, Altos Tsotsil-Tseltal y De los Bosques<sup>18</sup>.

- 1.12 **Racionalidad y teoría del cambio.** Las intervenciones del proyecto están diseñadas sobre un horizonte de cinco años y secuenciadas en tres operaciones para lograr un marco de resultados en el mismo período. Se ha utilizado un marco conceptual o teoría del cambio para el análisis de los determinantes de la mortalidad materna, infantil, el retardo en el crecimiento en niños y la desnutrición crónica y sus distintos mecanismos de actuación con un enfoque de ciclo de vida. El enfoque de ciclo de vida demuestra la interconexión entre las diferentes etapas de vida y resalta la importancia de los factores asociados a los resultados de salud en cada una. Esa trayectoria de eventos, es una sucesión de momentos críticos donde se pueden perpetuar tanto la buena salud como los factores de riesgos y las enfermedades<sup>19</sup>. Este marco sirvió de guía para el diagnóstico del diseño del proyecto, el diálogo con el gobierno y la definición de las intervenciones a implementarse. El mecanismo de cambio para la mejora del estado de salud materno-infantil opera bajo la premisa de atacar los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad identificadas en el ECH<sup>20</sup>. En esa línea, la estrategia se enfocará en resolver el problema de baja demanda de servicios de salud materno-infantil. Se asume que de ser efectiva esta estrategia, los eventos de emergencia obstétrica y neonatal podrán ser manejados oportunamente y por ende evitar las muertes. Aunque el foco es la demanda, no se dejará de intervenir en la oferta. Las acciones se enfocarán en fortalecer su capacidad de respuesta ante el incremento esperado de la demanda. En cuanto a vacunas, el mecanismo de cambio se enfoca en fortalecer la oferta a través de la optimización de las cadenas de suministros y de la garantía de la calidad, esperando incidir sobre la morbilidad y mortalidad de niños menores a 5 años, a través del aumento en su inmunización. En cuanto a nutrición, la estrategia se enfoca en complementar los presentes programas y servicios, con ampliación de coberturas y el fomento de la lactancia materna exclusiva y prácticas adecuadas de alimentación complementaria<sup>21</sup>, a través de un modelo de consejería con pertinencia cultural. El fortalecimiento de los sistemas de información facilitará la implementación de los demás componentes y a monitorear el logro de las metas.
- 1.13 **Relación con la estrategia del país y el Banco.** El proyecto está estrechamente alineado con la Estrategia del Banco en el País 2010-2012 por mejorar el diseño y la eficiencia de los programas sociales en salud, y por mejorar la eficiencia y efectividad del gasto estatal en esa área<sup>22</sup>. Asimismo, aportará a la Estrategia Social del Banco por financiar un programa de atención de salud integral: (i) que mejora el acceso, la calidad, y la utilización de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez, contribuyendo a lograr los ODM; y (ii) con pertinencia cultural a la poblaciones indígenas, respondiendo a las barreras económicas y geográficas que enfrentan esas poblaciones. También contribuye a las metas planteadas en el Noveno Aumento de

---

<sup>18</sup> Ver nota técnica sobre focalización.

<sup>19</sup> Cordero Muñoz, L. et al (2010), Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la muerte materna, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010.

<sup>20</sup> Ver Plan de Implementación para las relaciones causales que guían el análisis y definición de intervenciones a implementar.

<sup>21</sup> Las prácticas inadecuadas de alimentación están entre las principales causas de la desnutrición identificadas.

<sup>22</sup> En particular, apoyará la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores a 5 años.

Capital del Banco (IDB-9, AB-2764)<sup>23</sup> y a la mejora de todos los indicadores de salud del Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012, documento rector del ECH.

## **B. Objetivos, componentes y costo**

- 1.14 El objetivo del programa y de la primera operación es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en los municipios más pobres de Chiapas a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la calidad, y la utilización de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez<sup>24</sup>. Para lograr este objetivo, el programa cuenta con tres operaciones de 18 meses, articuladas de tal forma que cada operación dará continuidad a las áreas de inversión del primer proyecto pero complementando o expandiendo esas actividades en las siguientes dos operaciones. El primer proyecto se enfoca en 30 de los municipios más pobres del ECH, beneficiando directamente a 270.242 mujeres de 15 a 49 años y a 142.773 niños y niñas menores de 5 años<sup>25</sup>. Los resultados esperados son: (i) un incremento de la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; y (ii) la mejora en el estado de salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva y de los niños menores de cinco años<sup>26</sup>. La primera operación consta de cuatro componentes y sigue los lineamientos de la Iniciativa SM2015<sup>27</sup>.
- 1.15 **Componente 1. Fortalecimiento de la oferta, mejora de la calidad y aumento del uso de los servicios de salud materno-infantil.** Tiene como objetivos fortalecer la provisión y promover la utilización de los servicios de salud materno-infantil bajo la perspectiva de redes de atención.
- 1.16 **Subcomponente 1.1. Implementación de la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) e innovación, expansión y consolidación de la oferta ampliada de métodos y servicios de planificación familiar.** Financiará intervenciones que persiguen reducir las principales causas de mortalidad materna y perinatal. En esa línea, se implementarán los tres CONE de acuerdo al nivel resolutorio de los establecimientos (CONE Ambulatorio, Básico y Completo) y se asegurará la disponibilidad de servicios y métodos de Planificación Familiar (PF) en todos los niveles de atención para mejorar la atención prenatal normal, la detección temprana de

---

<sup>23</sup> Las metas regionales de desarrollo a las cuales contribuye esta operación son: mortalidad materna y mortalidad infantil. Los dos productos son número de individuos participando en programas focalizados de combate a pobreza y número de individuos recibiendo un paquete básico de servicios de salud.

<sup>24</sup> El diseño de los componentes y definición de actividades a financiar consideran el factor de adicionalidad y se identificaron brechas de oferta, demanda, y el diálogo de políticas (tanto con las Secretarías de Salud a nivel federal como a nivel estatal) necesario para implementar los cambios.

<sup>25</sup> Indirectamente, el programa beneficiará a una población de 1,063,759 personas. La expectativa es que las tres operaciones del programa se enfoquen a los mismos 30 municipios.

<sup>26</sup> Si bien la SM2015 no tiene los recursos para cerrar la brecha en mortalidad materno-infantil en el ECH, sí aspira a contribuir significativamente debido a la focalización de las inversiones en cerrar las brechas de oferta y demanda. Si bien la magnitud del programa está basada en la disponibilidad de recursos de SM2015 para Chiapas, los objetivos están dimensionados para tomar en cuenta la efectividad de las intervenciones y el costo detallado de las mismas.

<sup>27</sup> El plan maestro de salud reproductiva y materno-infantil, nutrición e inmunización, preparado para la SM2015, sirvió de referencia para el diseño de las intervenciones relacionadas directamente a esos temas.

complicaciones y referencia, la atención del recién nacido y la atención puerperal en los primeros 10 días<sup>28</sup>. El sub-componente financiará insumos y equipamientos para los establecimientos de salud y la adaptación de estos últimos para la prestación de servicios relacionados con CONE y PF, para que las poblaciones puedan tomar su decisión informada y voluntaria. También se analizará la factibilidad de la introducción del anticonceptivo en forma de parche dérmico.

- 1.17 **Subcomponente 1.2. Promoción de la demanda por servicios de salud reproductiva, materna, infantil y de nutrición.** Tiene como objetivos: (i) identificar agentes de toma de decisiones en la comunidad; respecto a temas de salud reproductiva, materna, infantil y nutrición<sup>29</sup>; y (ii) definir y financiar incentivos monetarios y no-monetarios para incentivar la demanda por servicios de salud materno-infantil. Bajo el primer objetivo se contemplan las siguientes actividades: (i) mapeo de las redes sociales; (ii) consultas comunitarias y foros micro-regionales para la consecución de acuerdos sobre promoción, y mayor uso de atención institucional obstétrica, neonatal e infantil; y (iii) convenios con los ayuntamientos para la organización de comités de traslado, mantenimiento de vehículos, ambulancia y disponibilidad de combustible<sup>30</sup>. Bajo el segundo objetivo se definirán: (i) incentivos financieros a nivel usuarias o a nivel comunitario, por haber accedido a los servicios, particularmente parto institucional y cuidado postnatal; y (ii) esquemas de incentivos a auxiliares de salud y otro personal comunitario a fin de fortalecer las visitas domiciliarias de promoción, seguimiento y la actualización del censo de embarazadas. Este sub-componente financiará la asistencia técnica para el mapeo de redes sociales y los gastos asociados con las consultas, foros y firmas de convenio, así como la financiación de los incentivos. El mecanismo de pago o transferencia y supervisión de los incentivos será detallado en el Manual de Operaciones.
- 1.18 **Subcomponente 1.3. Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia de los servicios de salud materno-infantil e implementación del Sistema de Monitoreo de Embarazadas (SiME).** Actividad fundamental para asegurar que las redes de servicio estén operando adecuadamente. El presente subcomponente contempla actividades de revisión, actualización de la norma, y producción de manuales y lineamientos para la referencia y contra referencia de servicios de salud materno-infantil. También contempla la implementación del SiME y del módulo de Referencia y Contra referencia de Servicios de Salud Materno-infantil (eREF)<sup>31</sup>. Complementariamente se contempla la elaboración de planes de seguridad para

---

<sup>28</sup> El CONE es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con comprobados resultados.

<sup>29</sup> El estudio de redes sociales tiene como objetivo analizar y entender los canales de influencia que producen eventuales comportamientos en las comunidades. Wasserman, S. y Galaskiewicz, J. (1994), *Advances in Social Network Analysis: Research in the social and behavioral sciences*, Sage Focus Editions, 1994, pp.12.

<sup>30</sup> El convenio tomará en consideración que las ambulancias públicas se utilicen para la función que fueron asignados. Los Comités de Traslado son organizaciones comunitarias que administran recursos comunitarios ("Fondos de Traslado") para el transporte de mujeres embarazadas de su comunidad a los establecimientos de salud para el parto institucional y para la atención de emergencias obstétricas y neonatales.

<sup>31</sup> La referencia y contrarreferencia es un procedimiento administrativo que emana del modelo de atención a la salud donde se conectar los distintos niveles de atención, desde la atención básica a la atención especializada. El sistema de referencia y contrarreferencia es la herramienta que apoya esa integración vertical del sistema de salud buscando agilizar y optimizar el desempeño de la atención médica especializada.

embarazadas a fin de asegurar el contacto oportuno con los servicios en emergencia obstétrica y neonatal, y el fortalecimiento del trabajo con las comunidades estableciendo acuerdos para acciones proactivas en casos de emergencia (comunicación de emergencias, traslado del asegurado, entre otras acciones)<sup>32</sup>.

- 1.19 En cuanto al diálogo de políticas, se espera discutir la revisión de normas en cuanto al corte del cordón umbilical, la inclusión de la “Caja Guinda”<sup>33</sup> como parte del CAUSES, y otros temas identificados en el estudio de barreras. Además, promoverá la coordinación entre distintos actores claves para mejorar las acciones de prevención, promoción y referencia de emergencias para los servicios de salud de la madre y el recién nacido y evitar duplicación de acciones en la misma población beneficiaria. En particular, se involucrará a las instituciones prestadoras de servicios (ISECH e IMSS/IMSS-Oportunidades), al Programa Oportunidades, autoridades municipales, el sector agua y saneamiento la sociedad civil, además de las Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) a través de auditorías sociales.
- 1.20 **Componente 2. Fortalecimiento de los servicios de inmunización y creación de la Tarjeta Electrónica de Salud (TES).** Tiene como objetivo optimizar la disponibilidad de vacunas y la entrega del servicio de vacunación, así como mejorar el registro de las coberturas de vacunación en el área de intervención de la SM2015. Las actividades se enfocarán enteramente en el lado de la oferta, debido a que no se identificaron brechas de demanda sustanciales ni necesidades de diálogo de políticas.
- 1.21 **Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de los servicios de inmunización.** Financiará un diagnóstico comprensivo y detallado, y un plan de fortalecimiento de las cadenas de fríos y de suministros biológicos e insumos relacionados a las inversiones de la SM2015. Un análisis preliminar encontró importantes limitaciones y/o factores de riesgo, como la fragmentación de las cadenas entre distintas fuentes de financiamiento, modelos de provisión y gestión que dificultan al ISECH tener una visión integradora y sistémica del proceso de insumos, gestión, supervisión, y aplicación de estándares de calidad<sup>34</sup>. Es necesario determinar hasta qué punto esas debilidades se traducen en suministros inadecuados, insuficientes e inoportunos de atención. Este sub-componente financiará asistencia técnica, insumos y equipamientos, además de otros gastos relacionados a un sistema de control de calidad y de fármaco-vigilancia.
- 1.22 **Subcomponente 2.2. Implementación de la Tarjeta Electrónica de Salud (TES)** La TES representa un avance tecnológico significativo en el control actual de inmunizaciones registrada en la Cartilla Nacional de Salud (CNS). En el análisis de los sistemas de información, encontramos que hay fallas sistémicas en el reporte de la cobertura de vacunas, que es limitativo a los registros manuales reportados, y que no cuenta con un proceso automatizado de captura de datos, lo que genera meses de

---

<sup>32</sup> Para más detalles, incluyendo las actividades de SiME y eREF, ver [proyecto y esquema de implementación y gestión](#).

<sup>33</sup> “Caja Guinda” se refiere a un set o kit de medicamentos e insumos para la atención fortuita de una emergencia obstétrica, específicamente para estabilizar y referir la hemorragia obstétrica y corresponde al primer nivel de atención. Para más detalles sobre los temas identificados bajo el diálogo de políticas ver [proyecto y esquema de implementación y gestión](#).

<sup>34</sup> Ver [Nota Técnica de Descripción de la Cadena de Suministros](#)

retrasos en los reportes de cobertura. Los objetivos principales del proyecto son: (i) garantizar la identificación inequívoca de los ciudadanos y profesionales de salud, mediante la tarjeta sanitaria y la base de datos nominales; (ii) acceder al registro histórico de los procedimientos realizados por los usuarios del sistema de salud y optimizar el servicio; (iii) mejorar el registro de los sistemas nacionales de información respecto a la población sujeta a vacunación y su cobertura; (iv) automatización en tiempo real de la cobertura en vacunación; (v) detectar sistemáticamente las subcoberturas en las regiones marginadas; y (vi) impulsar el uso y la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y posibilitar el intercambio de información entre las diferentes instancias encargadas de la atención a la salud de la población.

- 1.23 **Componente 3. Ampliación y fortalecimiento de los servicios de nutrición preventiva.** Este componente tiene como objetivo innovar, ampliar y mejorar los servicios de nutrición preventiva que tienen el potencial de reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años. Este objetivo se logrará: (i) reduciendo la brecha de cobertura de los suplementos alimenticios y micronutrientes en las zonas rurales de los municipios focalizados; y (ii) introduciendo un programa de comunicación educativa para el cambio de conductas específicas de alimentación y cuidado de niños menores de 2 años, que sea apropiado para las poblaciones beneficiarias del proyecto. Las actividades de este componente se enfocarán tanto por el lado de la demanda como por el de la oferta, y serán apoyadas por un diálogo de políticas con los gobiernos federal y estatal sobre temas específicos relevantes a la implementación.
- 1.24 **Subcomponente 3.1. Ampliación de la provisión de suplementos nutricionales a la población no-beneficiaria del Programa Oportunidades y del Programa de Apoyo Alimentario (PAL).** El objetivo del subcomponente es reducir la brecha de cobertura de los suplementos nutricionales que se distribuyen a través de Oportunidades y PAL a mujeres y niños de hogares que no son beneficiarios de esos programas en los municipios focalizados por la Iniciativa en Chiapas. Se entiende por suplementos nutricionales los suplementos alimenticios para niños (Nutrisano y Nutri crece) y los suplementos de micronutrientes para mujeres y niños (Vita vida y Vita niño, respectivamente). El sub-componente financiará asistencia técnica, compra y distribución de micronutrientes y gastos asociados con actividades de coordinación a nivel local.
- 1.25 **Subcomponente 3.2. Programa piloto de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación y cuidado infantil.** El objetivo de este subcomponente es diseñar, implementar y evaluar un programa piloto de comunicación educativa para el cambio de conductas de alimentación y cuidado de niños menores de 2 años, que pueda ser llevado a escala posteriormente. Partiendo de la experiencia previa con programas de cambio de conductas alimenticias en México en el contexto del Programa Oportunidades y sustentada en la teoría del cambio y la teoría de la acción de la operación en nutrición, se realizará una investigación formativa que incluirá un mapeo de redes sociales similar a las investigaciones formativas realizadas previo al diseño de los programas de Atención Integral a la Niñez con base Comunitaria (AIN-C) en América Central. El subcomponente financiará asistencia técnica para desarrollo del modelo, materiales y la capacitación de los recursos humanos en el dicho modelo.

- 1.26 **Subcomponente 3.3. Reactivación de la estrategia institucional de rehidratación oral para el tratamiento de diarrea.** Con el propósito de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, se financiará bajo este subcomponente: (i) la revisión de los protocolos de manejo; (ii) la provisión de insumos, materiales y manuales para manejo clínico de la diarrea y la deshidratación; (iii) la inclusión de TES en el manejo de planes de rehidratación, diseño de protocolos y flujogramas de atención según complejidad; y (iv) en paralelo, se capacitará el personal de salud para que retome la estrategia de rehidratación oral y se asegurarán espacios físicos acondicionados apropiados para la rehidratación oral en las unidades de primer y segundo nivel de atención. El subcomponente financiará asistencia técnica, impresión y distribución de material, insumos y equipamientos para los establecimientos de salud y la adaptación de espacios para la prestación de dichos servicios.
- 1.27 El diálogo de políticas promoverá una coordinación bastante estrecha con el Programa Oportunidades a fin de evitar la duplicación de acciones en beneficiarios del programa. También promoverá la revisión de la norma y los protocolos de atención para la incorporación del zinc en los sobres de hidratación oral. Se preparará un estudio de aceptabilidad del zinc con alternativas de incorporación.
- 1.28 **Componente 4. Fortalecimiento y modernización de los sistemas de información en salud estatales.** Tiene como objetivo fortalecer la capacidad institucional a través de la implementación de un sistema de gestión integral de información en salud, que coadyuve al acercamiento de los servicios de salud a la población. Para una descripción detallada de las actividades de los subcomponentes que conforman este componente, consultar [el Plan estratégico de desarrollo de soluciones tecnológicas](#)
- 1.29 **Subcomponente 4.1. Implementación del Sistema Integral de Información y Gestión de Salud (SIIGS).** Las actividades que se financiarán con este subcomponente incluyen: (i) definición y diseño de las bases metodológicas para la implementación del SIIGS; (ii) desarrollo e implementación del SIIGS; (iii) diseño del plan de capacitación a las unidades médicas y oficinas administrativas; (iv) diseño del plan de acercamiento y sensibilización a la población usuaria de los servicios, con estricto apego a los usos y costumbres de los pueblos indígenas; y (v) integración al SIIGS de los módulos de TES, SiME, eREF y Implementación del tablero electrónico de seguimiento y control en línea (e-TAB). El subcomponente financiará asistencia técnica y equipamiento.
- 1.30 **Subcomponente 4.2. Implementación del tablero electrónico de seguimiento y control en línea (e-TAB).** Los objetivos principales del subcomponente son: (i) identificar individualmente las unidades medicas y números reportados para cada indicador (para las unidades que se aplica), (ii) verificar la situación en la operación y niveles de reporte de cada jurisdicción sanitaria, (iii) mejorar el control epidemiológico en las localidades, municipios, jurisdicciones sanitarias y el estado y (iv) prevenir epidemias utilizando datos para actuar de manera proactiva. El sub-componente financiará asistencia técnica y equipamiento.
- 1.31 **Subcomponente 4.3. Implementación del Centro de Información Estratégica en Salud (CIES).** Este subcomponente apoyará la creación, implementación y legitimación del nuevo CIES del ISECH, promoviendo el fortalecimiento de la

capacidad técnica local, apostando por la sostenibilidad y mantenimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud a nivel estatal. El CIES llevará a cabo el diseño y desarrollo de los módulos de software. El objetivo general del CIES es sustentar formal e institucionalmente el desarrollo y operación del SIIGS, garantizando la sostenibilidad de la información en el tiempo, fortaleciendo la capacidad institucional y de los sistemas de información en Salud del ISECH. El subcomponente financiará asistencia técnica y equipamiento.

- 1.32 **Costos del programa.** El programa incluye tres operaciones individuales de 18 meses que serán financiadas con recursos del *Mesoamerican Health Facility* (MHF). Este plan de operaciones describe sólo la primera operación individual<sup>35</sup>. El MHF financia operaciones mediante un mecanismo basado en resultados que consta de tres componentes: Tramo de Inversión (TI), Aporte Local (AL) y Tramo de Desempeño (TD). Esta operación tiene un costo total de US\$6.464.762, con US\$2.585.905 de TI y US\$3.878.857 de AL. De lograrse el puntaje mínimo establecido en relación con las metas de la Matriz de Desempeño en los plazos estipulados, el Banco desembolsará con cargo a los recursos del MHF, el TD (US\$1.939.429), calculado como un monto equivalente al 50% del AL. De no cumplirse las metas, el país no recibiría el TD, aunque podría continuar con la segunda operación.

Tabla I. Costo de la primera operación (18 meses)

Descripción de los componentes	BID	Local	Total
Componente 1	1,011,807	3,023,257	4,035,064
Componente 2	409,500	207,500	617,000
Componente 3	200,000	380,500	580,500
Componente 4	557,000	72,000	629,000
Unidad Coordinadora del Proyecto	267,600	195,598	463,198
Auditorías y contingencias	140,000		140,000
<b>TOTAL</b>	<b>2,585,907</b>	<b>3,878,855</b>	<b>6,464,762</b>

## C. Indicadores clave de la Matriz de Resultados

- 1.33 Los indicadores de seguimiento clave para el programa y para el desembolso del TD están incluidos en el Plan de Seguimiento y Evaluación y el Marco General de Desempeño de la Iniciativa 2015<sup>36</sup>.

## II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

### A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El instrumento de financiamiento del proyecto es una inversión no reembolsable. De acuerdo a la Política OP-219-1, las operaciones de financiamiento no reembolsable deberán demostrar el cumplimiento de los requisitos técnicos,

<sup>35</sup> La financiación de las otras dos operaciones depende de: (i) que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el Marco de Desempeño, (ii) que existan recursos disponibles, y (iii) que el proyecto respectivo sea aprobado por el comité de donantes de la MHF y por el Banco.

<sup>36</sup> Para lograr el desembolso del TD es necesario obtener el puntaje mínimo establecido en relación con esos indicadores.



económicos, financieros y de viabilidad ambiental, acordados previamente. Esta operación tiene planificado un plazo de desembolso de 18 meses, como se indica en el Plan Operativo Anual (POA) anexo.

**B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias**

- 2.2 El proyecto recibió la clasificación “C” de acuerdo al proceso de *screening* de salvaguardia. No se prevén impactos ambientales y sociales negativos en la población beneficiaria sobre la base de la política de Salvaguardias del Medioambiente (OP-703); al contrario, el proyecto tiene como objetivo mejorar el acceso y condiciones de salud de madres y niños indígenas pobres. La operación seguirá las políticas OP-765 referente a Poblaciones Indígenas y OP-270 sobre Igualdad de Género en el Desarrollo. La autonomía, lengua, usos y costumbres de la población indígena será respetada. Asimismo, se fomentarán relaciones de confianza con la población y sus representantes para alcanzar colaborativamente los objetivos del proyecto.

**C. Riesgos fiduciarios**

- 2.3 El BID transferirá los recursos del financiamiento en la forma en que se indica en el párrafo 3.2. Para la mitigación de potenciales riesgos en el manejo financiero, se reforzarán los controles ejercidos por la Auditoría Técnica Externa (ATE), y se realizará anualmente y al final una auditoría financiera y de adquisiciones por auditores externos elegibles con términos de referencia acordados con el BID. El ISECH no cuenta con experiencia previa sobre los procedimientos financieros, adquisiciones e informes requeridos por el BID. Los especialistas fiduciarios de CID/CME apoyarán con el proceso de selección del auditor externo para la presentación de los Estados Fiduciarios Auditables (EFA), y brindarán capacitación sobre adquisiciones, desembolsos, auditoría, seguimiento y control del uso de recursos con recursos de la SM2015, como parte de asistencia técnica en la implementación de las operaciones.

**D. Otros Riesgos**

- 2.4 La metodología de Gestión de Riesgos de Proyectos (GRP) fue aplicada para estimar riesgos en la ejecución del proyecto. Se desarrollaron medidas de mitigación apropiadas para los riesgos con la clasificación “Medio” o “Alto”. Ver [Matriz de Riesgo](#) del proyecto.

**III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN**

**A. Resumen de medidas de implementación**

- 3.1 **Organismo ejecutor.** El proyecto será implementado por el ISECH, que cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios. La Dirección de Salud Pública del

- ISECH será la instancia responsable del proyecto y contará con el apoyo de un equipo de coordinación administrativa y financiera financiado por el proyecto<sup>37</sup>.
- 3.2 **Acuerdos fiduciarios.** El BID transferirá los recursos a la Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas (SHECH) bajo cuentas exclusivas del proyecto. La SHECH asignará a su vez a dicha cuenta, los recursos de AL comprometidos en el proyecto por parte del ECH.
  - 3.3 **Adquisiciones.** Las adquisiciones del TI darán cumplimiento a las Políticas de Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9). El TD será desembolsado una vez se alcance el puntaje mínimo indicado de la manera señalada en el parágrafo 1.50 del presente documento, sin revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores.
  - 3.4 **Auditoría financiera.** El ejecutor contratará con cargo al AL un despacho de auditores externos elegibles para el BID para dictaminar anualmente los EFA del programa con términos de referencia acordados con el BID.
  - 3.5 **Auditoría técnica.** Se contratará una ATE de informes cuatrimestrales y una auditoría social anual<sup>38</sup>.
  - 3.6 **Condiciones contractuales especiales del TI.** Será condición previa al primer desembolso: (i) que se haya aprobado y se encuentre en vigencia el Manual de Operaciones del Programa. Serán condiciones de ejecución: (i) las condiciones establecidas en el RO del SM2015 y; (ii) a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c., párrafo 1.27 del Anexo 1 del RO de SM2015, remitir anualmente y hasta dos años después del desembolso del TD, el reporte de gasto del ISECH que identifique los recursos correspondientes al TD y el gasto ejecutado en el primer nivel de atención.
  - 3.7 **Condiciones contractuales del Tramo de Desempeño.** El desembolso del TD está sujeto a que se alcance el puntaje mínimo pactado con el beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño para la primera operación individual ([Anexo IV](#)).

## **B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados**

- 3.8 **Monitoreo y seguimiento.** La estrategia de monitoreo y evaluación contiene: (i) monitoreo de la ejecución y progreso de la operación<sup>39</sup>; (ii) monitoreo del cumplimiento de metas para el desembolso del TD mediante encuestas

<sup>37</sup> El ISECH, la SHECH y la Unidad de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los Estados Unidos Mexicanos suscribirán con el BID el Convenio Marco y el Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable para esta operación. Las jurisdicciones sanitarias de Tulijá Tseltal Chol, Altos Tsotsil-Tseltal y De los Bosques son las responsables de la gestión y provisión de la prestación de servicios en las aéreas de focalización del proyecto, bajo la dirección del ISECH.

<sup>38</sup> La selección de las auditorías financieras y técnicas se darán antes de 90 días partir de la entrada en vigencia del convenio.

<sup>39</sup> Se cuenta con dos instrumentos: tablero de seguimiento o control y PMR.

representativas de hogares y centros de salud en las áreas de intervención<sup>40</sup>; (iii) monitoreo de indicadores generales de la SM2015 para comparación a nivel regional<sup>41</sup>; y (iv) generación de conocimiento del impacto de los mecanismos innovadores de la SM2015<sup>42</sup>.

- 3.9 **Evaluación de impacto.** Se estimarán efectos causales en dos niveles. En primer lugar se analizarán cambios inducidos por la SM2015 como un todo para determinar si los cambios en los indicadores en los municipios beneficiarios son distintos a los cambios observados en municipios comparables en el ECH, y así valorar la efectividad de los mecanismos impulsados por la SM2015, elementos importantes para el diseño de políticas públicas<sup>43</sup>. En segundo lugar, se evaluará la efectividad de intervenciones específicas que responden a preguntas de políticas públicas puntuales: ¿cuál es el potencial de utilizar esquemas de incentivos para aumentar la tasa de parto institucional? Se plantea evaluar incentivos individuales e incentivos a las parteras y otros niveles comunitarios para impulsar la demanda sobre la base del estudio de redes y mecanismos sociales de cambio. ¿Cuál es el efecto de establecer incentivos a los proveedores de acuerdo al desempeño alcanzado y reflejado en el tablero de control que será utilizado para el monitoreo y gestión de la intervención en términos de desempeño y resultados de salud en la población atendida? Estas evaluaciones se realizarán comparando esquemas alternativos en los municipios beneficiarios de la SM2015 en Chiapas<sup>44</sup>.
- 3.10 **Aprendizaje y conocimiento.** Se recogerán las lecciones aprendidas durante la planeación, implementación y evaluación del proyecto en Chiapas. El conocimiento generado se diseminará con el objetivo de impulsar cambios, incluso más allá del contexto de la presente operación, es decir en las sub-siguientes operaciones de este programa, e incluso en operaciones para otros estados o países en relación a el sistema de salud.

---

<sup>40</sup> Las encuestas se aplicarán en intervalos de menos de 18 meses, la primera siendo antes del inicio de la ejecución del proyecto. Los recursos que financian estas actividades provienen de la propia Iniciativa y son adicionales a la operación.

<sup>41</sup> El listado incluye indicadores de producto, cobertura de servicios de salud y cobertura efectiva.

<sup>42</sup> Las innovaciones se refieren al financiamiento basado en resultados y la introducción de estrategias costo-efectivas de salud pública inéditas a la población perteneciente al 20% más pobre de Chiapas.

<sup>43</sup> Se compararán los 30 municipios seleccionados con otros 25 municipios de características similares (ver detalles en el anexo del plan de monitoreo y evaluación).

<sup>44</sup> Se analizará también evaluar el impacto de otras intervenciones, como la capacitación en el seguimiento de protocolos, para medir la cadena de resultados en distintas instancias: el personal capacitado, ¿aprendió en la capacitación?, ¿está utilizando lo aprendido en la práctica?, ¿están mejorando los indicadores de salud de la población atendida por dicho personal?

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
<b>I. Alineación estratégica</b>			
<b>1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID</b>	<b>Alineado</b>		
Programa de préstamos	Alineado al objetivo de reducir la pobreza y promover la equidad social		
Metas regionales de desarrollo	Contribuye a la reducción de la mortalidad materna e infantil		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Cuatrocientos mil personas recibirán servicios de salud fortalecidos para el cuidado de la salud materno-infantil		
<b>2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país</b>	<b>Alineado</b>		
Matriz de resultados de la estrategia de país			
Matriz de resultados del programa de país			
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
<b>II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad</b>	<b>Altamente No Evaluable</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Puntuación máxima</b>
	1.3		10
<b>3. Evaluación basada en pruebas y solución</b>	5.0	25%	10
<b>4. Análisis económico ex ante</b>	0.0	25%	10
<b>5. Evaluación y seguimiento</b>	0.0	25%	10
<b>6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación</b>	0.0	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*			
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales			
<b>III. Función del BID - Adicionalidad</b>			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)			
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si		
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Si		
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si		

**Nota de valoración de la evaluabilidad:** Esta nota tiene por objeto presentar una valoración global de la evaluabilidad del proyecto sobre la base de las normas descritas en las directrices sobre evaluabilidad, y permitir al Directorio entender por qué se asignaron o no puntuaciones al proyecto. Para ello deberá elaborarse la información indicada a continuación. Evaluar y resumir el diagnóstico y el nivel de pruebas empíricas que le sirve de sustento. Evaluar y resumir el nivel de pruebas empíricas (o eficacia en función del costo) de la solución propuesta. Evaluar, con comentarios, la calidad de la Matriz de Resultados. Evaluar y describir la metodología de evaluación ex ante y ex post que se ha de utilizar en el proyecto para demostrar sus resultados. Describir el principal tipo de riesgo al que está expuesta la operación, y su intensidad. Describir si se han tomado medidas de mitigación y si se las puede hacer objeto de seguimiento durante la vida del proyecto.

**ANEXO II**  
**MATRIZ DE RESULTADOS<sup>1</sup> /**  
**INDICADORES DE IMPACTO**

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Medición intermedias <sup>2</sup>	Metas	Fuente/verificación	Medio de	Observaciones <sup>3</sup>
		2011 <sup>4</sup>	2014- 36 ms	2016 54 ms			
IMPACTO ESPERADO: Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en los municipios más pobres de Chiapas a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la calidad, y la utilización de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez.							
Razón de mortalidad materna	Tasa (x 100,000 nacidos vivos)	73.5 <sup>5</sup>		22 <sup>6</sup>	Registros vitales y encuestas independientes		Nivel estatal (en el área focalizada si está disponible)
Mortalidad neonatal	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	23 <sup>7</sup>		13			
Mortalidad en menores de 5 años	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	36 <sup>8</sup>		26			
Prevalencia de anemia en niños de 6-23 meses <sup>9</sup>	%	*	-5PP	-10PP	Encuestas externas de hogares		
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años <sup>10</sup>	%	*	-5PP	-10PP			

<sup>1</sup> Los indicadores de la Matriz de Resultados serán finalizados y definidos durante la misión de análisis.

<sup>2</sup> Habrá medición antes de los 18 meses para indicadores de producto ligado al pago del tramo de desempeño, pero no para indicadores de impacto. Los indicadores de mortalidad materna, infantil y neonatal serán calculados únicamente al final del periodo.

<sup>3</sup> A menos que se haga notar, todas las mediciones se basaran en el área de los municipios focalizados.

<sup>4</sup> Las encuestas externas de hogares y unidades de salud serán finalizadas durante la ejecución de la primera operación. Los datos en la tabla son los disponibles a la fecha de otras fuentes.

<sup>5</sup> Datos del 2009 para los 31 municipios focalizados por SM2015.

<sup>6</sup> Matriz Municipal de Chiapas. Definida para Chiapas-municipios priorizados de la Iniciativa específicamente/Objetivo de Desarrollo del Milenio.

<sup>7</sup> Datos del 2002-2007, Chiapas.

<sup>8</sup> Datos del 2002-2007. Chiapas.

<sup>9</sup> Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que tienen un valor de hemoglobina < 110 g/L.

<sup>10</sup> puntaje z de talla para la edad < -2 SD.

**INDICADORES DE RESULTADO**

Indicadores		Unidad de medida	Línea de base <sup>11</sup>	Mediciones intermedias		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
			2011	A 18 meses (2013)	A 36 meses 2014	A 54 meses 2016		
	<u>RESULTADOS ESPERADOS:</u> (i) incremento de la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; (ii) mejora en el estado de salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de cinco años.							
Mujeres en edad reproductiva (15-49) <sup>12</sup> que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar	%	39.7 <sup>13</sup>		+6PP	+10PP	Encuestas externas de hogares		
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar (temporales y definitivos).	%	44.9 <sup>14</sup>		-7PP	-10PP			
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los últimos dos años recibieron por lo menos 5 atenciones prenatales realizados por médico o enfermera o coordinador comunitario de salud de acuerdo a las mejores prácticas <sup>15</sup>	%	33.7 <sup>16</sup>		+10PP	+20PP	Encuesta de servicios de salud		

<sup>11</sup> Los valores de la línea de base se refieren a la información más reciente y para el ámbito geográfico más próximo, sin embargo no existe información específica para el área focalizada.. Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados cuando la línea base este disponible.

\* Se actualizará durante la ejecución de la primera operación.

<sup>12</sup> Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes , embarazadas o desean quedar embarazadas

<sup>13</sup> Corresponde a datos para SIUBEN I.

<sup>14</sup> Este dato refleja las mujeres entre 15-19 años que reportan que hubiesen deseado tener su último embarazo mas tarde.

<sup>15</sup> Medición de tipo de sangre, anemia, sífilis, VIH, diabetes, proteinuria, presión arterial, ganancia de peso, fondo uterino, foco fetal cardiaco.

<sup>16</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Chiapas. Porcentaje de mujeres indígenas que tuvieron un nacido vivo en el último año cuyo parto fue atendido por médico. Aun que la ENSANUT 2006 no sea representativa de poblaciones indígenas genera una mejor aproximación de las coberturas en esa población que la media estatal.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base <sup>11</sup>	Mediciones intermedias		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
		2011	A 18 meses (2013)	A 36 meses 2014	A 54 meses 2016		
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado en una unidad de salud en los dos últimos años <sup>17</sup>	%	42.4 <sup>18</sup>		+8PP	+12PP	Encuestas externas de hogares	
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva ((15-49) que recibieron cuidado de post-parto por personal calificado <sup>19</sup> antes de los 7 días después de su parto más reciente en los dos últimos años	%	*		+6PP	+10PP	Encuesta de hogares	
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los dos últimos años recibieron cuidado de post-parto por personal calificado <sup>20</sup> entre los 7 y 42 días posteriores al parto	%	*		+6PP	+10PP	Encuesta de hogares	
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron control postnatal dentro de las primeras 24 horas inmediatas al nacimiento, un control adicional antes de los 7 días y otro control antes de los 42 días por personal calificado en unidad de salud cuyo parto más reciente ocurrió en los dos últimos años	%	*		+6PP	+10PP	Encuestas externas de hogares	
Pacientes institucionales de posparto inmediato en edad reproductiva, evaluadas e inscritas en registros clínicos por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al ser dadas de alta del	%	*		+20PP	+30PP	Encuestas independientes de salud	

<sup>17</sup> Médico o enfermera.<sup>18</sup> Reporte de parto institucional en los 28 municipios focalizados por el Gobierno.<sup>19</sup> Médico o enfermera.<sup>20</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base <sup>11</sup>	Mediciones intermedias		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
		2011	A 18 meses (2013)	A 36 meses 2014	A 54 meses 2016		
hospital en su parto más reciente en los últimos dos años							
Partos con manejo activo del tercer periodo (administró oxitocina/carbetocina intramuscular 10 UI un minuto después del parto, masaje uterino y tracción contra tracción del cordón umbilical) y pinzamiento tardío en el parto más reciente en los dos últimos años	%	*		+20PP	+30PP	Encuestas independientes de salud	
Neonatos que presentaron una emergencia (bajo peso, prematurez, asfixia y sepsis) manejado de acuerdo a normas <sup>21</sup> en los dos últimos años	%	*		+20PP	+30PP	Encuestas independientes de servicios de salud	
Mujeres con complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa, eclampsia) manejado de acuerdo a normas <sup>22</sup> en su parto más reciente en los dos últimos años	%	*		+20PP	+30PP	Encuestas independientes de servicios de salud	
Niños 0-59 meses identificados con vacunación completa para su edad	%	65 <sup>23</sup>		+15PP	+30PP	Encuestas externas de hogares	
Niños de 12 a 23 meses de edad con vacuna para Sarampión medida a través de DBS (seroconversión positiva)	%	*			+10PP		

<sup>21</sup> Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones.

<sup>22</sup> Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones.

<sup>23</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Vacunación completa incluye 3 dosis de SABIN, una de BCG, 3 de Pentavalente y una de SReP.



Indicadores	Unidad de medida	Línea de base <sup>11</sup>	Mediciones intermedias		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
		2011	A 18 meses (2013)	A 36 meses 2014	A 54 meses 2016		
Niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior fueron alimentados exclusivamente con leche materna	%	*		+2PP	+4PP		
Porcentaje de madres de niños de 0-23 meses que reportaron haber dado a sus hijos exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida	%	*		+2PP	+4PP	Encuesta de hogares	
Madres no beneficiarias de Oportunidades que reportan que sus niños entre 6-23 meses consumieron micronutrientes en dosis adecuadas en las últimas dos semanas <sup>24</sup>	%	*		+30PP	*	Encuesta de hogares	
Madres (15-49) que pueden reconocer al menos 5 signos de peligro en el recién nacido para su parto más reciente en los dos últimos años	%	*		+5PP	+15PP	Encuestas externas de hogares	
Madres/cuidadores que reportan haber administrado SRO a hijos (0- 59 meses ) durante el último cuadro de diarrea en las dos últimas semanas	%	19 <sup>25</sup>		+15PP	+25PP	Encuestas de hogares	

<sup>24</sup> La definición de las dosis se establecerán en el Manual de Operaciones.

<sup>25</sup> Reporte de porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las 2 últimas semanas según tratamiento (solo sales de rehidratación oral).

**INDICADORES DE PRODUCTO**

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base <sup>26</sup>	Mediciones intermedias 18 meses		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
Servicios de salud <sup>27</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención prenatal y postparto <sup>28</sup>	%	*	80%			Encuesta de unidades de salud	
Servicios de salud <sup>29</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de parto y recién nacido <sup>30</sup>	%	*	80%			Encuesta de unidades de salud	
Servicios de salud <sup>31</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de emergencia obstétrica y neonatal <sup>32</sup>	%	*	80%			Encuesta de unidades de salud	
Servicios de salud <sup>33</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de la salud de la niñez, vacunación y de nutrición <sup>34</sup>	%	*	80%			Encuesta de unidades de salud	
Servicios de salud <sup>35</sup> que cuentan con abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar (oral,	%	*	80%			Encuesta de unidades de salud	

<sup>26</sup> Los valores de la línea de base se refieren a la información más reciente y para el ámbito geográfico más próximo, sin embargo no existe información específica para el área focalizada. Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados cuando la línea base esté disponible.

<sup>27</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>28</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>29</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>30</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>31</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>32</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>33</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>34</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>35</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base <sup>26</sup>	Mediciones intermedias 18 meses		Metas	Fuente/ Medio de verificación	Observaciones
inyectable, barrera, DIU) de acuerdo a la programación <sup>36</sup> (población bajo responsabilidad, época del año, rotación							
Muertes maternas por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la mortalidad <sup>37</sup> (a nivel jurisdiccional) en el último año	%	*	+30 PP			Protocolos de muerte materna	
Muertes neonatales por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la mortalidad (a nivel jurisdiccional) en el último año	%	*	+15PP			Protocolo de muerte neonatal	
Personas u organizaciones del nivel comunitario <sup>38</sup> que reciben incentivos ligados a la atención prenatal, parto, postnatal y/o atención RN	%	*	+20PP			Encuestas comunitarias	
Niños 6-23 meses no beneficiarios del Programa Oportunidades <sup>39</sup> que reciben en servicios de salud micronutrientes en dosis recomendadas	%	*	80%			Encuesta comunitarias	
Unidades (micro región) con cadena de frío de acuerdo a normas	%	*	80%			Encuesta de servicios de salud	

<sup>36</sup> La programación se definirá en el Manual de Operaciones.

<sup>37</sup> Los criterios de las normas serán detalladas en el Manual de Operaciones.

<sup>38</sup> La definición final de las personas u organizaciones del nivel comunitario depende del estudio de redes sociales. Las personas u organizaciones del nivel comunitario serán definidas en el Manual de Operaciones.

<sup>39</sup> Se refiere al Programa de transferencias monetarias condicionadas Oportunidades. Para mayores informaciones sobre elegibilidad y funcionamiento consultar sus Reglas de Operaciones: [http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas\\_de\\_operacion\\_del\\_oportunidades\\_2011](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas_de_operacion_del_oportunidades_2011).

**INDICADORES DE PRODUCTOS Y ACTIVIDADES (Serán medidos a los 18 meses, en 2013<sup>40</sup>)**

<b>Componente 1. Fortalecimiento de la oferta, mejora de la calidad y aumento del uso de los servicios de salud materno-infantil.</b>	<b>Meta par el 2013</b>	<b>Formulas</b>
Porcentajes de mujeres con parto institucional	15%	Número de mujeres cuyo parto más reciente en un servicio de salud para atender parto en el último año/ total de mujeres que tuvieron un parto en el último año
Consultas comunitarias y foros micro regionales sobre promoción y mayor uso de atención obstétrica, neonatal e infantil institucional	50%	Número de Consultas comunitarias y foros micro regionales sobre promoción y mayor uso de atención obstétrica, neonatal e infantil institucional/ Total de consultas programas para la SM2015 en el año
Convenios con los ayuntamientos para la organización de comités de traslado, mantenimiento de vehículos, ambulancia y disponibilidad de combustible	70%	Convenios con los ayuntamientos para la organización de comités de traslado, mantenimiento de vehículos, ambulancia y disponibilidad de combustible / Total de convenios programados para el año de acuerdo al Plan Operativo
Diagnostico de mapas de redes sociales	SI	NA
Compra de los micronutrientes en polvo	Si	NA
Listado de familias no beneficiarias de Oportunidades para la recepción micronutrientes	Si	NA
Establecimiento del incentivo a las parteras que reciben incentivos ligados a la atención prenatal, parto, postnatal y/o atención RN	Si	NA
Establecimiento de incentivos a auxiliares de salud y otro personal comunitario para fortalecimiento de las acciones comunitarias	Si	NA
Establecimiento del modelo de consejería en salud materna, infantil (incluyendo nutrición y vacunación) y planificación familiar con pertinencia cultural	Si	NA
Estudio de factibilidad de introducción del implante subdérmico a la oferta regular de servicios de planificación familiar	Si	N/a

<sup>40</sup> Habrá medición antes de los 18 meses para indicadores de producto ligado al pago del tramo de desempeño, pero no para indicadores de impacto. Los indicadores de mortalidad materna, infantil y neonatal serán calculados únicamente al final del periodo.

<b>Componente 2: Fortalecimiento de los servicios de inmunización e Creación de la Tarjeta Electrónica de Salud (TES)</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Fórmulas</b>
Porcentaje de los equipos e insumos de la cadena de frio comprados	60%	Total de los equipos e insumos de la cadena de frio comprados/ Total de los equipos e insumos programados
Diagnostico de la cadena de suministro de biológicos e insumos incluyendo la cadena de frio	Si	NA
Plan de fortalecimiento y definición de los mecanismos innovadores para el monitoreo de la calidad de la cadena de frio	Si	NA
<b>Componente 3: Ampliación y fortalecimiento de los servicios de nutrición preventiva</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Fórmulas</b>
Visitas domiciliarias a niños (0-6 meses) que no se presentaron a la sesión mensual de promoción de crecimiento	60%	Total de visitas domiciliarias a niños (0-6 meses) que no se presentaron a la sesión mensual de promoción de crecimiento/ total de madres que no se presentaron con su hijo a la visita de promoción
Proveedores de servicios capacitado en consejería en prácticas adecuadas de lactancia materna/nutrición/higiene y en planificación familiar	60%	Numero de proveedores de servicios capacitado en consejería en prácticas adecuadas de lactancia materna/nutrición/higiene y en planificación familiar/ Numero de proveedores de servicios
Porcentaje de consejerías en lactancia materna a madres y cuidadoras principales	70%	consejerías en lactancia materna a madres y cuidadoras principales / total de cuidadoras y madres programadas anualmente
Producción y distribución de material de apoyo (lineamientos para el monitoreo y crecimiento de los niños, tablas de la OMS y guías de orientación alimentaria)	80%	Producción y distribución de material de apoyo (lineamientos para el monitoreo y crecimiento de los niños, tablas de la OMS y guías de orientación alimentaria) programado para el año
Compra de los micronutrientes en polvo	Si	NA
Listado de familias no beneficiarias de Oportunidades para la recepción micronutrientes	Si	NA

<b>Componente 4: Fortalecimiento y modernización de los sistemas de información en salud Estatales</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Formulas</b>
Estándares de calidad por tipo de atención y nivel revisados y definidos	Si	N/A
Actualización de los manuales y lineamientos para la referencia y contra referencia	Si	N/A
Planes de seguridad para la embarazada por área geográfica de influencia de los centros de salud y microrregiones incluyendo mecanismo de traslado por emergencia aprobados	Si	N/A
Sistema de comunicación de emergencias definido	Si	N/A
Plan de capacitación integral elaborado incluyendo diseño de materiales didácticos y audiovisuales: PRONTO y ACCEDA.	Si	N/A
Diagnóstico elaborado del sistema de información local y estatal sobre datos de salud materna e infantil	SI	N/A
Plan de fortalecimiento del sistema de información	SI	N/A
Tableros de control diseñado	SI	N/A
Sistema de conectividad diseñado	SI	NA
Métodos de planificación familiar comparados	SI	NA

## ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

**PAÍS:** México

**PROYECTO N°** ME-G1001.

**NOMBRE:** Iniciativa Salud Mesoamérica 2015

**ORGANISMO EJECUTOR:** Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH)

**EQUIPO FIDUCIARIO:** Gloria Coronel y Víctor Hugo Escala, FMP/CME

### I. Resumen ejecutivo

1. El análisis de capacidad institucional al ISECH se realizó en marzo de 2012, el cual también se efectuó en el 2009 al mismo ejecutor para efectos de la ejecución de la ATN/CF-11752-RG-2 (ME-RG-X1051) por un monto aprobado final de US\$531,385.
2. El SECI aplicado en 2012, para los aspectos financieros y de adquisiciones arrojó un nivel de desarrollo satisfactorio y un riesgo bajo, ratificándose los resultados obtenidos en 2009.
3. Considerando la complejidad de esta operación, en términos de cantidad de adquisiciones, plazos limitados, involucramiento de terceros (ONGs) que también financian el proyecto y visibilidad del mismo, se prevé la contratación de un Gerente del Proyecto, un Especialista Administrativo Financiero, un Especialista de Adquisiciones y un Especialista de Monitoreo Programático, los cuales van a fortalecer la capacidad del ISECH, acompañar los aspectos fiduciarios financieros y de adquisiciones y apoyar en el control y eficiencia de los procesos y rendición de cuentas al BID.

### II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

1. El ISECH tiene un sistema financiero integrado, a nivel estatal, en los aspectos presupuestales y contables. Existe un buen ambiente de control interno con segregación de responsabilidades en las áreas analizadas. La experiencia con la ejecución de la ATN/CF-11752-RG-2 ha demostrado que el ejecutor tiene debilidades para consolidar los gastos y realizar la rendición de cuentas al BID, asimismo el ejecutor no incorporó el presupuesto de la primera donación a su presupuesto oficial. Para esta nueva operación programa, se realizaron varias reuniones con el ISECH y con la Secretaría de Hacienda del Estado para lograr que los recursos del ME-G1001 entren al presupuesto oficial del ISECH y así todos los registros y transacciones están sujetos a los controles, de procesos, controles internos y externos, establecidos para los gastos presupuestados por el Estado.
2. Las adquisiciones se realizan a través del Departamento de Recursos Materiales de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales del ISECH, que es el área responsable de todas las adquisiciones del Instituto. Las unidades técnicas responsables del Instituto elaboran las solicitudes de adquisición, incluyendo las especificaciones técnicas o TdRs, según sea necesario.

### III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

Durante la misión fiduciaria y aplicación del ejercicio de evaluación de capacidad institucional realizada en marzo de 2012 se revisaron los aspectos fiduciarios financieros y de adquisiciones de la ejecución, sus eventuales riesgos y las recomendaciones para mitigarlos.

La aplicación del SECI para los aspectos financieros arrojó una evaluación de riesgo medio con una calificación de 77.78% y para los aspectos de adquisiciones arrojó un resultado de riesgo medio y puntaje de 90.91%.

Durante la evaluación del SECI realizada se detectaron las siguientes áreas de oportunidad:

- En adquisiciones es necesario capacitar al personal responsable a fin de poder garantizar la ejecución adecuada de los procesos, así como realizarlos dentro del plazo previsto en el cronograma.
- En el área financiera se acordó incorporar al presupuesto los recursos de la donación, los del aporte local, al ser del Seguro Popular ya se encontraban presupuestados. Por lo tanto los gastos realizados con estos recursos deberán cumplir con los requisitos de la ley de presupuesto y los requisitos de elegibilidad que indica el proyecto. Para apoyar al ejecutor con los gastos al inicio de la operación y durante el proceso del cumplimiento de condiciones previas, se acordó otorgarle una elegibilidad parcial para la contratación de los consultores que apoyaran la unidad ejecutora del proyecto.

#### IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos

1. Condiciones previas al primer desembolso
  - Establecer cuentas bancarias en USD y MXN exclusivas para el programa.
  - Presentación de la disponibilidad presupuestaria del aporte local.
  - Presentación del Reglamento Operativo.
2. Tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas: El Banco desembolsará USD y el ejecutor utilizará el tipo de cambio en la fecha de pago para la conversión de gastos realizados en MXN.
3. Estados Financieros Auditados realizados de acuerdo a los Términos Generales de Referencia (TGR) armonizados con la SFP; por auditores elegibles al BID para ser presentados anualmente dentro de los 120 días después del cierre del ejercicio fiscal y el último a ser presentado 120 días después de la fecha prevista para el último desembolso.
6. Las adquisiciones se realizarán de conformidad con las políticas del Banco en materia de adquisiciones (Documentos. GN-2349-9 y GN-2350-9) de marzo de 2011.

#### V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

Las adquisiciones de bienes y servicios, y la contratación de consultores correspondientes al tramo de inversión se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). El tramo de desempeño se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo establecido en relación con las metas de la Matriz de Desempeño, en los plazos estipulados, sin revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores, y podrá ser invertido por el Beneficiario en intervenciones generales relacionadas con el mejoramiento de los indicadores de salud de su población.

##### 1. Ejecución de las Adquisiciones

- a) **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría:** No está prevista la adquisición de obras. Los contratos de Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) y a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) armonizados entre la Secretaría de la Función Pública-SFP y el Banco, para orientar los procedimientos de selección y contratación financiados con recursos de crédito externo, que están disponibles en la página (<http://www.funcionpublica.gob.mx/unaopspf/credito/normace.htm>).. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección, es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
- b) **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de Servicios de Consultoría con firmas generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) acordada entre el Banco y la SFP, para orientar los procedimientos de selección y contratación financiados con recursos de crédito externo, cuyas orientaciones se podrán consultar en la página: (<http://www.funcionpublica.gob.mx/unaopspf/credito/normace.htm>). La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.



c) **La selección de los consultores individuales:** Los contratos de Servicios de Consultoría con consultores individuales, se realizarán teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos. Las contrataciones se realizarán usando el modelo de contrato de consultores individuales acordado con el Banco que se podrán consultar en la página: (<http://www.funcionpublica.gob.mx/unaopspf/credito/normace.htm>).

d) **Gastos recurrentes:** En conformidad con el JEP se identificaron algunos gastos recurrentes necesarios para el funcionamiento del proyecto durante su vida útil, tales como: gastos de hospedaje de datos, gastos varios de transporte interno o rural.

e) **Otros:** En conformidad con el JEP se identificaron gastos como subsidios o estipendios que tienen como finalidad incentivar o crear estímulos positivos para lograr determinadas acciones o actividades. Entre estos gastos hay subsidios y pagos de viáticos. Toda vez que no se trataría de la adquisición de bienes y servicios, ni de la contratación de consultores, las políticas de adquisiciones del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9) no se aplicarían en este caso.

## 2. Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Obras			Bienes <sup>1</sup>			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
>= 15'000	< 15'000 y >= 500	< 500	>= 3'000	<3'000 y >=100	<100	> 200	<500

## 3. Adquisiciones Principales

Se ha preparado un Plan de Adquisiciones Detallado el cual se adjunta en [IDBDOCS 36426056](#).

Las adquisiciones principales consisten en adquisición de equipo informático, realización de talleres, charlas y los materiales correspondientes, también se van a contratar consultores individuales para generar productos como manuales, guías, diseño de instrumentos varios, entre otros.

## 4. Supervisión de Adquisiciones

La revisión por parte del Banco para la contratación de consultores y las adquisiciones de bienes y servicios diferentes de consultoría se realizará de manera ex-post, a menos que el Plan de Adquisiciones indique lo contrario. Todas las contrataciones directas serán revisadas de manera Ex ante.

## 5. Disposiciones especiales

El Banco podrá cambiar el esquema de supervisión de adquisiciones, basado en la experiencia de la ejecución y las actualizaciones de capacidad institucional realizada o las visitas fiduciarias llevadas a cabo.

<sup>1</sup> Incluye servicios diferentes a la consultoría.

## **6. Registros y Archivos**

Los registros financieros y respaldo de pagos serán realizados centralizadamente por la ISECH.

El ISECH será el encargado de mantener los archivos de la documentación en original y registros del proyecto relativo a adquisiciones. Los consultores de apoyo que se definan en el reglamento operativo como responsables de las adquisiciones del Programa deberán de ser responsables de la integridad de los procesos. Se recomienda que los ejecutores documenten los flujos de trabajo internos y segregación de funciones en un anexo del Reglamento Operativo del Proyecto.

### **Gestión Financiera**

#### **1. Programación y presupuesto**

Esta operación estará inserta en el presupuesto del ISECH aprobado por la Secretaria de Hacienda del Estado de Chiapas (SHECH). Asimismo, se anticipa que los desembolsos del BID para el programa serán administrados por la SHECH quien transferirá a la ISECH mensualmente basado en las necesidades de flujo de caja del programa.

#### **2. Contabilidad y sistemas de información.**

La contabilidad en MXN se registrará en el ISECH que se incorpora al sistema financiero del Estado de Chiapas y la rendición de cuenta pública del Estado. Estos registros serán a nivel de rubro presupuestario y paralelamente, en Excel, el ejecutor llevará el registro por categoría de inversión y también realizará el cómputo para determinar el USD equivalente del gasto.

#### **3. Desembolsos y flujo de caja.**

El flujo de caja del donativo/grant será de acuerdo a las necesidades de flujo del ejecutor. Para el aporte local, el estado tiene establecido procedimientos mensuales para la identificación del flujo requerido.

#### **4. Control Interno y auditoría interna**

El ISECH tiene asignado un Órgano Interno de Control (OIC) para cumplir con el rol de auditoría interna. Todos los gastos que entran en el presupuesto del ISECH, sean estos con recursos propios o por medio de la donación/grant entran en el universo de gastos a ser revisados por el OIC.

#### **5. Control Externo e Informes**

La función de auditoría externa para el programa será realizada por un despacho de auditores externos elegibles al BID. El ejecutor presentará semestralmente informes financieros de avance. Los Estados Financieros Auditados se presentarán anualmente 120 días después del cierre del ejercicio fiscal y 120 después de la fecha del último desembolso.

## 6. Plan de supervisión financiera

Actividad de supervisión	Plan de Supervisión			
	Naturaleza y alcance	Frecuencia	Responsable	
			Banco	Tercero
FINANCIERAS	Revisión expost de solicitudes de desembolsos	Anual	Auditor Externo-EFA	
	Visita de inspección para validar que se mantienen los controles internos, ambiente de control y revisión de datos.	Anual	Equipo Fiduciario-Fin y técnico.	
	Asignación anual de recursos presupuestarios necesarios para la ejecución del Proyecto	Anual	Equipo Fiduciario-Fin y JEP	Ejecutor
CUMPLIMIENTO	Presentación de estados financieros	Anual	Equipo Fiduciario - fin y JEP	Auditor externo
	Condiciones previas al primer desembolso	Una vez	Equipo Fiduciario y técnico	Ejecutor

Considerando el nivel de desarrollo del sistema financiero de ISECH, la revisión del respaldo de los desembolsos será “Ex –post”.

## 7. Mecanismo de Ejecución

Como condición previa el JEP ha establecido el requisito de presentar un Manual Operativo y los aspectos fiduciarios serán incorporados en el mismo.

## 8. Otros Acuerdos y Requisitos de Gestión financiera

Durante la preparación de la operación se recomendó y acordó que la persona que será contratada con recursos del ME-G1001 para el apoyo en la gestión financiera reportará directamente el jefe de finanzas y apoyará a la coordinadora del programa con los reportes financieros requeridos del programa. Se estima que esto reducirá la carga de trabajo y apoyará a mejorar la comunicación interna de los pagos realizados con cargo al programa.

**ANEXO IV****Marco de Desempeño.****Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 18 meses**

<b>Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base<sup>1</sup></b>	<b>Meta<sup>2</sup></b>	<b>Fuente de verificación<sup>3</sup></b>
Servicios de salud <sup>4</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención prenatal y postparto <sup>5</sup>	%	1 / 9	*	80%	Encuesta de unidades de salud
Servicios de salud <sup>6</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de parto y recién nacido <sup>7</sup>	%	1 / 9	*	80%	Encuesta de unidades de salud
Servicios de salud <sup>8</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de emergencia obstétrica y neonatal <sup>9</sup>	%	1 / 9	*	80%	Encuesta de unidades de salud

<sup>1</sup> Los valores de la línea de base se refieren a la información más reciente y para el ámbito geográfico más próximo, sin embargo no existe información específica para el área focalizada. Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados cuando la línea base este disponible.

<sup>2</sup> Metas negociadas con el Gobierno contraparte el 13 de septiembre 2011.

<sup>3</sup> Las encuestas de unidades de salud incluyen visitas de verificación de insumos y equipos.

<sup>4</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>5</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>6</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>7</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>8</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>9</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>1</sup>	Meta <sup>2</sup>	Fuente de verificación <sup>3</sup>
Servicios de salud <sup>10</sup> con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios para la atención de la salud de la niñez, vacunación y de nutrición <sup>11</sup>	%	1 / 9	*	80%	Encuesta de unidades de salud
Servicios de salud <sup>12</sup> que cuentan con abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar (oral, inyectable, barrera, DIU) de acuerdo a la programación <sup>13</sup> (población bajo responsabilidad, época del año, rotación)	%	1 / 9	0	80%	Encuesta de unidades de salud
Muertes maternas por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la mortalidad <sup>14</sup> (a nivel jurisdiccional) en el ultimo año	%	1 / 9	*	+30PP <sup>15</sup>	Protocolos de muerte materna
Muertes neonatales por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la mortalidad <sup>16</sup> (a nivel jurisdiccional) en el ultimo año	%	1 / 9	*	+15PP	Protocolos de muerte materna

<sup>10</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>11</sup> Los insumos y equipos necesarios se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>12</sup> Los servicios de salud se especificaran en el Manual de Operaciones.

<sup>13</sup> La programación se definirá en el Manual de Operaciones.

<sup>14</sup> Los criterios de las normas serán detalladas en el Manual de Operaciones.

<sup>15</sup> PP: puntos porcentuales. Las metas expresadas en PP indican un aumento en esa magnitud sobre el valor de línea de base que será definida en el ejercicio de levantamiento de datos.

<sup>16</sup> Los criterios de las normas serán detalladas en el Manual de Operaciones.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>1</sup>	Meta <sup>2</sup>	Fuente de verificación <sup>3</sup>
Personas u organizaciones del nivel comunitario <sup>17</sup> que reciben incentivos ligados a la atención prenatal, parto, postnatal y/o atención RN	%	1 / 9	*	+20PP	Encuestas comunitarias.
Servicios de salud (micro región) con cadena de frío de acuerdo a normas <sup>18</sup>	%	1 / 9	*	80%	Encuesta de unidades de salud

<sup>17</sup> La definición final de las personas u organizaciones del nivel comunitario depende del estudio de redes sociales. Las personas u organizaciones del nivel comunitario serán definidas en el Manual de Operaciones.

<sup>18</sup> Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones.

## Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 36 meses

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea base <sup>19</sup>	Meta <sup>20</sup>	Fuente de verificación
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar (temporales y definitivos)	%	1 / 9	49.9 <sup>21</sup>	-7PP	Encuesta hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los últimos dos años recibieron por lo menos 5 atenciones prenatales realizado por médico, enfermera o coordinadores comunitarios de salud de acuerdo a las mejores prácticas <sup>22</sup>	%	1 / 9	33.7 <sup>23</sup>	+10PP	Encuesta servicios de salud
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado <sup>24</sup> en un servicio de salud en los dos últimos años	%	1 / 9	42.4 <sup>25</sup>	+8PP	Encuesta hogares

<sup>19</sup> Los valores de la línea de base se refieren a la información más reciente y para el ámbito geográfico más próximo, sin embargo no existe información específica para el área focalizada.. Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados cuando la línea base este disponible.

<sup>20</sup> Metas negociadas. Las metas se expresan como cambio en puntos porcentuales.

<sup>21</sup> Este dato refleja las mujeres entre 15-19 años que reportan que hubiesen deseado tener su último embarazo mas tarde.

<sup>22</sup> Medición de tipo de sangre, anemia, sífilis, VIH, diabetes, proteinuria, presión arterial, ganancia de peso, fondo uterino, foco fetal cardíaco.

<sup>23</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Chiapas. Porcentaje de mujeres indígenas que tuvieron un nacido vivo en el último año cuyo parto fue atendido por médico. Aunque la ENSANUT 2006 no sea representativa de poblaciones indígenas genera una mejor aproximación de las coberturas en esa población que la media estatal.

<sup>24</sup> Médico o enfermera.

<sup>25</sup> Reporte de parto institucional en los 28 municipios focalizados por el Gobierno.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea base <sup>19</sup>	Meta <sup>20</sup>	Fuente de verificación
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuidado de post-parto por personal calificado <sup>26</sup> antes de los 7 días después de su parto más reciente en los dos últimos años	%	1 / 9	*	+6PP	Encuesta hogares
Madres/cuidadores que reportan haber administrado SRO a sus hijos de 0-59 meses durante el último cuadro de diarrea en las últimas dos semanas	%	1 / 9	19 <sup>27</sup>	+15PP	Encuesta hogares
Pacientes institucionales de posparto inmediato en edad reproductiva, evaluadas e inscritas en registros clínicos por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al ser dadas de alta del hospital en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1 / 9	*	+20PP	Encuesta de servicios de salud
Partos con manejo activo del tercer período del parto (administro oxitocina/carbetocina intramuscular 10 UI un minuto después del parto, masaje uterino y tracción y contra tracción) y pinzamiento tardío del cordón umbilical) en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1 / 9	*	+20PP	Encuesta de servicios de salud

<sup>26</sup> Médico o enfermera.

<sup>27</sup> Reporte de porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas según tratamiento (sólo sales de rehidratación oral)



Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea base <sup>19</sup>	Meta <sup>20</sup>	Fuente de verificación
Neonatos que presentaron una complicación manejada de acuerdo a norma <sup>28</sup> (sepsis, asfixia, prematurez, bajo peso) en los últimos dos años	%	1 / 9	*	+20PP	Encuesta de servicios de salud
Mujeres con complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa eclampsia) manejadas de acuerdo a norma <sup>29</sup> en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1 / 9	*	+20PP	Encuesta de servicios de salud

---

<sup>28</sup> Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones.

<sup>29</sup> Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones.

**Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 54 meses**

<b>Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base<sup>30</sup></b>	<b>Meta<sup>31</sup></b>	<b>Fuente de verificación</b>
Prevalencia de anemia en niños de 6-23 meses: Niños de 6-23 meses con niveles de hemoglobina < 110 g/L	%	1/11	*	-10 PP	Encuesta hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar (temporales y definitivos)	%	1/11	44.9 <sup>32</sup>	-10PP	Encuesta hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los últimos dos años recibieron por lo menos 5 atenciones prenatales realizadas por médico, enfermera o coordinadores comunitarios de salud de acuerdo a las mejores prácticas <sup>33</sup>	%	1/11	33.7 <sup>34</sup>	+20PP	Encuesta servicios de salud
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado <sup>35</sup> en un servicio de salud en los dos últimos años	%	1/11	42.4 <sup>36</sup>	+12PP	Encuesta hogares

<sup>30</sup> Los valores de la línea de base se refieren a la información más reciente y para el ámbito geográfico más próximo, sin embargo no existe información específica para el área focalizada.. Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados cuando la línea base este disponible.

<sup>31</sup> Metas negociadas

<sup>32</sup> Este dato refleja las mujeres entre 15-19 años que reportan que hubiesen deseado tener su último embarazo mas tarde.

<sup>33</sup> Medición de tipo de sangre, anemia, sífilis, VIH, diabetes, proteinuria, presión arterial, ganancia de peso, fondo uterino, foco fetal cardiaco.

<sup>34</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Chiapas. Porcentaje de mujeres indígenas que tuvieron un nacido vivo en el último año cuyo parto fue atendido por médico. Aunque la ENSANUT 2006 no sea representativa de poblaciones indígenas genera una mejor aproximación de las coberturas en esa población que la media estatal.

<sup>35</sup> Médico o enfermera.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base30	Meta31	Fuente de verificación
Porcentaje de madres de niños de 0-23 meses que reportaron haber dado a sus hijos exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida	%	1/11	*	+4PP <sup>37</sup>	Encuesta de hogares
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuidado de post-parto por personal calificado <sup>38</sup> antes de los 7 días después de su parto más reciente en los dos últimos años	%	1/11	*	+10PP	Encuesta de hogares
Madres/cuidadores que reportan haber administrado SRO a hijos (0- 59 meses ) durante el último cuadro de diarrea en las dos ultimas semanas	%	1/11	19	+25PP	Encuesta de hogares
Pacientes institucionales de posparto inmediato en edad reproductiva, evaluadas e inscritas en registros clínicos por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al ser dadas de alta del hospital en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/11	*	+30PP	Encuesta de servicios de salud

<sup>36</sup> Reporte de parto institucional en los 28 municipios focalizados por el Gobierno.

<sup>37</sup> Expresado como el delta, basado en: "Results." *Experience LINKAGES* Oct. 2006: 1-6.

<sup>38</sup> Médico o enfermera.

<b>Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base30</b>	<b>Meta31</b>	<b>Fuente de verificación</b>
Partos con manejo activo del tercer período del parto (administro oxitocina/carbetocina intramuscular 10 UI un minuto después del parto, masaje uterino y tracción y contra tracción) y pinzamiento tardío del cordón umbilical) en su parto mas reciente en los últimos dos años	%	1/11	*	+30PP	Encuesta de servicios de salud
Neonatos con complicación manejada de acuerdo a norma Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones. (sepsis, asfixia, bajo peso, prematurez) en los últimos dos años	%	1/11	*	+30PP	Encuesta de servicios de salud
Mujeres con complicación obstétrica manejadas de acuerdo a norma Los criterios de la norma se definirán en el Manual de Operaciones. (hemorragia, sepsis, pre-eclampsia severa y eclampsia) en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/11	*	+30PP	Encuesta de servicios de salud