

CHILE

PROGRAMA DE SALUD RURAL

(CH-0023)

PROPUESTA DE PRESTAMO

Indice

Datos Básicos Económicos

Propuesta de Préstamo

Apéndice 1	-	Proyectos de resolución
Apéndice 2	-	Recomendaciones
Apéndice 3	-	Descripción del Programa (Anexo A del Contrato de Préstamo)
Apéndice 4	-	Plan de Operaciones

CHILE

Datos Básicos Económicos

1. Superficie y población

Extensión territorial (miles de Km2)	757
Población total (miles de habitantes, 1977)	10.624
Habitante por Km2	14
Porcentaje de alfabetismo (1975)	89,6
Tasa de crecimiento de la población (1970-76)	1,8

Distribución porcentual de la población
económicamente activa: (1973)

Agricultura	19,0
Minería	1,4
Manufactura	23,9
Construcción	8,7
Electricidad	0,6
Comercio	13,9
Transportes	9,5
Servicios	22,6
Actividades no bien especificadas	0,4

2. Cuentas nacionales

Distribución porcentual del producto
interno bruto por sectores:

	1960	1973	1974	1975	1976 a/
Agricultura	11,1	7,6	8,4	10,1	9,5
Minería	9,4	9,7	10,9	11,9	13,0
Manufactura	21,9	25,3	24,0	19,7	20,3
Electricidad	1,3	2,0	2,1	2,4	2,5
Construcción	4,8	3,9	4,5	3,8	3,0
Comercio	21,1	20,9	20,1	18,5	18,4
Transporte	2,9	4,5	4,2	4,2	4,3
Servicios Financieros	10,8	11,3	11,3	13,8	13,7
Otros servicios	11,2	10,1	9,5	10,0	9,8
Gobierno	5,5	4,7	5,0	5,6	5,5

Formación bruta de capital fijo
(porcentaje del PIB)

1960	12,8	13,7	11,4	9,5
------	------	------	------	-----

	1960-76	1966-76
Tasa de crecimiento del PIB	2,6	1,0
Tasa de crecimiento del PIB por habitante	0,7	-0,8
Tasa de crecimiento de la inversión total b/	1,0	-2,7

a/ Provisional.

b/ 1960-75 y 1966-75.

Chile

3. Comercio exterior (Millones de U.S. dólares)	<u>1960</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1976</u>
Exportaciones						
Total	488,0	855,4	1.230,5	2.480,5	1.661,3	2.070,5
ALALC	33,0	100,5	141,8	409,3	389,6	279,9
Grupo Andino	7,8	20,3	23,3	67,8	106,4	-
MCCA	0,1	-	-	2,2	3,0	-
América Latina	37,8	100,7	142,1	412,5	493,7	280,0
Estados Unidos	182,1	82,1	105,9	286,1	147,0	222,3
Canadá	0,4	1,1	21,4	64,7	20,0	30,9
Japón	9,1	147,7	217,4	407,1	186,6	268,7
Gran Bretaña	86,7	94,0	123,6	217,2	137,2	138,4
Mercado Común Europeo	237,2	383,5	495,8	928,2	675,3	718,6
Importaciones						
Total	526,0	933,3	1.097,9	1.911,1	1.775,6	1.630,0 ^{a/}
ALALC	82,4	267,3	294,0	624,9	342,5	100,1
Grupo Andino	27,1	48,7	63,0	175,8	201,5	-
MCCA	0,3	0,4	0,4	3,6	0,2	-
América Latina	84,6	269,4	296,4	631,4	342,8	100,2
Estados Unidos	239,0	161,2	179,6	416,2	586,6	557,7
Canadá	5,4	12,0	28,4	39,9	32,0	16,1
Japón	11,6	33,5	35,2	48,6	104,3	85,1
Gran Bretaña	35,3	54,4	64,0	68,9	90,2	71,1
Mercado Común Europeo	131,6	266,9	308,3	389,2	325,2	274,4
4. Balanza de pagos (Millones de U.S. dólares)						
A. Saldo en cuenta corriente	-130,0	-471,2	-278,9	-178,0	-564,6	-106,2
B. Movimiento de capital a largo plazo (neto):	47,0	210,6	277,7	298,1	127,5	310,6
Público:	<u>3,0</u>	<u>221,5</u>	<u>283,7</u>	<u>834,5</u>	<u>165,1</u>	<u>-68,1</u>
Privado:	<u>44,0</u>	<u>-10,9</u>	<u>-6,0</u>	<u>-536,4</u>	<u>-37,6</u>	<u>378,7</u>
Inversión directa	29,0	-9,8	-4,8	-556,8	49,8	-4,6
Otros	15,0	-1,1	-1,2	20,4	-87,4	383,3

^{a/} Estimaciones del FMI.

Chile

5. <u>Reservas monetarias internacionales</u> (Millones de U.S.dólares)	<u>1960</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1976</u>	<u>1977</u>
Banco Central (brutas)	111,1	179,7	101,8	109,0	453,5	..
6. <u>Indice de costo de vida</u>						
Base 1970=100	9	959	5.797	27.518	85.835	..
7. <u>Finanzas públicas</u> (Millones de pesos)						
Ingresos corrientes del Gobierno Central	708	188.510	1877.650	8583.520	..	..
Egresos totales del Gobierno Central	851	306.740	2578.430	8689.280	..	..
Gastos corrientes	642	234.830	1717.500	6976.780	..	..
Gastos de capital*	209	71.910	860.930	1712.500	..	..
Superávit (+) o déficit (-) total	-143	-118.230	-700.780	-105.760	..	..

*/ No incluyen amortización de la deuda.

Signos Convencionales

- .. No disponible.
- Magnitud cero ó no alcanza a la mitad del último dígito utilizado.

División de Estudios Generales
Sección Estadística
Noviembre 1977

CHILE

PROGRAMA DE SALUD RURAL

PROPUESTA DE PRESTAMO

I. EL PROGRAMA

1. Marco de referencia

- i) Aunque las condiciones de salud de Chile, caracterizadas por las tasas de mortalidad general e infantil del país, han mejorado de manera significativa en el pasado decenio, este mejoramiento ha sido visiblemente menor en las zonas rurales. A decir verdad, las tasas de mortalidad infantil duplican en algunas zonas rurales a las observadas en zonas urbanas. Además, los extremos de las enfermedades cada vez más prevalentes del mundo desarrollado, que requieren una tecnología médica altamente compleja, por un lado, y los problemas de salud del subdesarrollo, para los que se requiere una tecnología más sencilla, pero recursos humanos y físicos más amplios, por el otro, plantean un difícil problema para la prestación eficaz de servicios de salud en este país.
- ii) Chile se encuentra ahora en una situación de encrucijada en lo que concierne a la prestación de servicios de atención de la salud a una población rural de aproximadamente 3.800.000 habitantes, 1/ pues ha llegado a un punto en que tiene la oportunidad de elegir entre continuar la atención de salud en función de una pauta tradicional, en el contexto del hospital, o aventurarse en la dirección de pautas innovadoras y orientadas a la comunidad, en las cuales se combinarían los aspectos preventivos y curativos de la atención de la salud con el desarrollo comunitario general. Es evidente, de acuerdo con la evolución reciente, que Chile se está orientando definitivamente en favor de esta última variante. Prestar una atención de salud de calidad aceptable a esta población rural, con todo, es una tarea ardua. Además de las difíciles condiciones topográficas y climáticas, que dificultan el transporte y las comunicaciones, y de la baja densidad demográfica de algunas zonas, las expectativas de la población entrañan demandas especiales respecto de las modalidades que deben imprimirse al sistema de atención de la salud.
- iii) En el cuadro siguiente se comparan las tasas de natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil en Chile con las de áreas rurales seleccionadas del país. Con la excepción de la tasa de natalidad, que es relativamente estable, los demás indicadores señalan claramente las más elevadas tasas de mortalidad de las zonas rurales, en comparación con las de todo el país.

1/ Residentes en comunidades de menos de 20,000 habitantes.

INDICES DE SALUD DE CHILE EN ZONAS RURALES SELECCIONADAS

	Tasa de natalidad (por mil)	Tasa de mortali- dad general (por mil)	Tasa de mortali- dad infantil (por mil nacidos vivos)
Chile (tasas nacionales)	23,4	7,6	54,7
Región VIII	N.D.	8,0	73,4
Bulnes	23,7	11,5	94,3
Quillón	21,1	11,5	115,5
Nacimiento	24,7	9,6	90,3
Yumbel	20,1	7,5	102,6
Región IX (Regional)	N.D.	8,7	70,0

- iv) Las regiones y pueblos de la muestra anterior se seleccionaron debido a la disponibilidad de datos y por cuanto el Gobierno ha atribuido especial prioridad a ampliar los servicios rurales de salud en estas dos regiones. A este respecto cabe señalar que la población de los cuatro pueblos indicados tiene un promedio de 8.000 habitantes en Bulnes, Yumbel y Nacimiento y de cerca de 3.000 habitantes en Quillón; estas poblaciones se encuentran en los límites más elevados de la amplitud de las comunidades rurales y, por ende, tienen estadísticas vitales que acaso sean más favorables que las correspondientes a comunidades rurales más pequeñas. En referencia específicamente a la Región IX cabe señalar que, con una población rural que representa el 76,8% de la región total, es una de las más rurales de todo el país, colocándose en segundo lugar únicamente frente a la Región X, que está compuesta fundamentalmente de la isla de Chiloé.
- v) A fin de corregir las disparidades indicadas en el cuadro anterior y resolver los problemas mencionados en el párrafo precedente, el Gobierno se propone realizar un Programa de Salud Rural y a este fin ha solicitado un préstamo del Banco para contribuir a su financiamiento parcial.
- vi) En la metodología utilizada para preparar este Programa y determinar sus distintos elementos, se contaron los pasos siguientes, a saber:
- Se realizó un inventario de recursos físicos del sector salud del país, en el cual se analizaron las estructuras establecidas en función de sus locales, materiales de construcción y estado físico. Este análisis permitió identificar todas las estructuras de salud establecidas en el país que habían llegado a un estado de deterioro físico que no admitía reparación.
 - Seguidamente se analizó la cobertura de la estructura de salud establecida en el país, sobre la base de un estudio de la localización de las poblaciones y de los medios de transporte disponibles

para tener acceso a la infraestructura de salud establecida. Este análisis permitió identificar los principales grupos de población rural que virtualmente están privados de los servicios del actual sistema de salud.

- (c) A continuación se realizó un análisis con el fin de clasificar las áreas prioritarias de salud del país, teniendo en cuenta el "Mapa de extrema pobreza", 1/ las estadísticas de mortalidad general e infantil por zona de salud, el personal de salud en las zonas sanitarias vinculadas con la población respectiva y el porcentaje de nacimientos sin asistencia profesional.

vii) A base de esta metodología fue posible determinar, en general, los centros rurales de salud prioritarios, las clínicas ambulatorias y los puestos rurales de salud que debían construirse y equiparse a fin de atender a las grandes poblaciones rurales.

2. El Programa

- i) El objetivo principal del Programa es mejorar las condiciones de salud de la población rural de Chile. Como medio para alcanzar este objetivo, el programa propone ampliar y mejorar la cantidad y calidad de los servicios preventivos y curativos prestados a los habitantes rurales que residen en 12 regiones del país. 2/
- ii) El Programa está compuesto básicamente de la construcción y equipamiento de las siguientes obras:
- (a) Siete centros rurales de salud, 3/ que son esencialmente pequeños hospitales rurales, ubicados como sigue: un centro de 20 camas en Chaitén (Región X); tres centros de 60 camas en Vicuña (Región IV), Licantén (Región VII) y Nacimiento (Región VIII) respectivamente y tres centros de 90 camas en Molina (Región VII), Bulnes (Región VII) y Yumbel (Región VIII) respectivamente. Estas comunidades poseen los servicios básicos indispensables para dar apoyo a un servicio de salud de este tipo, incluido un sistema de agua potable. Estos centros rurales de salud se colocan en la parte superior de la pirámide de la red rural de salud aplicada en este Programa y prestan básicamente los siguientes servicios: servicios ambulatorios de medicina general preventiva y curativa, pediatría,

1/ En el "Mapa de extrema pobreza", preparado por la Oficina Nacional de Planificación (ODEPLAN), se identifican las zonas del país cuyos habitantes viven en viviendas inaceptables y hacinadas que carecen de servicios sanitarios básicos y otros servicios.

2/ El país se divide en 13 regiones, incluida la región metropolitana de Santiago. La única región no incluida en el programa propuesto es la Región I, debido básicamente al número relativamente insignificante de habitantes rurales en esa región.

3/ Estos siete centros reemplazarán servicios de salud de análoga escala que no se encuentran en condiciones satisfactorias.

cirugía y odontología; hospitalización y atención de emergencias médicas, quirúrgicas, traumáticas, ginecológicas, obstétricas y pediátricas y hospitalización y atención de problemas médicos generales, pediatría quirúrgica, obstetricia y ginecología. Cada centro contará con una dotación permanente y completa de profesionales y agentes de la salud y prestará el 75% de todos los servicios necesarios que requieran hospitalización.

- (b) 13 clínicas ambulatorias 1/ en los siguientes pueblos rurales pequeños: Tierra Amarilla (Región IV), Monte Patria (Región IV), Punitaqui (Región IV), Putaendo (Región V), San Clemente (Región VII), Ercilla (Región IX), Padre Las Casas (Región IX), Vilcún (Región IX), Lago Ranco (Región X), San Pablo (Región X), Entre Lagos (Región X), Maullín (Región X) y San José de la Mariquina (Región X). Estas clínicas están ubicadas en comunidades que poseen los servicios básicos indispensables para dar apoyo a un servicio de salud de este tipo, con la excepción de Entre Lagos, que carece de un sistema de agua potable. Como condición del préstamo propuesto la instalación de un sistema de agua potable en dicha comunidad tendría que comenzarse dentro de los 12 meses de suscrito el contrato de préstamo (véanse las Recomendaciones). Estas clínicas se ubican en la franja intermedia de la pirámide de la red rural de salud y contarán con un cuadro permanente de médicos, enfermeras, odontólogos, parteras, nutricionistas, técnicos de laboratorio y auxiliares, dando a las respectivas comunidades rurales acceso a dicho personal y prestando básicamente los siguientes servicios: atención de bebés sanos y enfermos; control de embarazos normales y patológicos; una gama completa de servicios odontológicos; diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas; tratamiento de adultos enfermos; visitas a domicilio; educación de grupos; programa alimentario y envío de pacientes al siguiente nivel de atención médica, esto es, a los centros rurales de salud, cuando corresponda.
- (c) 195 puestos rurales de salud (pequeñas unidades de atención primaria ubicadas en la campaña) que se seleccionarían de conformidad con los criterios indicados en el Apéndice 3 (Anexo A del Contrato de Préstamo; Descripción del Programa). 2/ Estos puestos se ubican en la base de la pirámide de la red rural de salud y su personal estaría compuesto de un auxiliar. Estos puestos prestarían los siguientes servicios: atención prenatal y postnatal, vigilancia de

1/ Cuatro de estas clínicas reemplazarían servicios de salud de análoga escala que no se encuentran en condiciones satisfactorias; las nueve restantes serían servicios nuevos en las localidades respectivas.

2/ Cincuenta y tres de estos puestos reemplazarían a servicios establecidos que no se encuentran en condiciones satisfactorias; los 142 restantes serían servicios nuevos en las localidades respectivas.

bebés sanos, detección de tuberculosis, servicios de planificación familiar, detección y tratamiento de niños desnutridos, tratamiento de emergencias traumáticas menores, tratamiento de enfermedades de menor importancia, inmunización, algunos servicios odontológicos, construcción de letrinas y perforación de pozos, preparación de huertos para mejorar el consumo doméstico de alimentos y educación general en salud. El auxiliar se ocupará de visitar a todos los residentes de su zona de influencia. Por esta razón, se calcula que pasará el 50% de su tiempo en el puesto y el 50% restante lo dedicará a las visitas a domicilio.

- iii) El Programa, asimismo, incluye un componente de cooperación técnica que requiere la contratación de consultores para mejorar el sistema de mantenimiento de las obras de salud del país, así como también diseñar e implantar un plan de evaluación del sistema rural de prestación de servicios de salud. Además, el Servicio Nacional de Salud (SNS) realizará un programa de adiestramiento, primordialmente para familiarizar a los auxiliares y profesionales de la salud con los nuevos conceptos de los programas integrados de salud rural.

3. Prestatario

- i) El prestatario sería la República de Chile y el representante del Gobierno sería el Ministerio de Salud.

4. Organismo ejecutor

- i) El organismo ejecutor del Programa propuesto sería el SNS, organismo autónomo al que compete la responsabilidad primaria de provisión de los servicios de la salud en todo el país. Al SNS le correspondería la responsabilidad básica de ejecución del Programa propuesto y de administrar las obras de salud una vez construidas. Para facilitar su labor en el Programa propuesto, el SNS se propone establecer una Oficina Coordinadora. Asimismo, el SNS utilizará los servicios de su Central de Abastecimientos a fin de dar asistencia en la adquisición de equipo y suministros médicos y de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, S.A. (SCEH) a fin de dar asistencia en la vigilancia de las obras civiles cuya construcción se prevé en el marco del Programa.

5. Términos y condiciones del préstamo

- i) Los propuestos préstamos provendrían de: (a) hasta US\$8 millones con cargo a los recursos de capital interregional del Banco, devengaría un interés del 7,5%, abonaría una comisión de crédito de 1,25% y se amortizaría en un plazo total de 30 años, incluyendo un período de gracia de cuatro años y medio.
- (b) Hasta el equivalente de US\$6 millones en pesos chilenos con cargo a los recursos de capital ordinario del Banco, con un interés del 4% y un plazo total de amortización de 30 años, incluyendo un período de gracia de cuatro años y medio. Originalmente, el Gobierno de Chile había solicitado que para el financiamiento de este Programa se le otorgaran recursos del Fondo para Operaciones Especiales, pero posteriormente, el 24 de enero de 1978 pidió que el Directorio Ejecutivo considerara el uso de los recursos del capital ordinario del Banco.

COSTO Y FINANCIAMIENTO POR FUENTES

(US\$ MILES)

Categorías de Inversión	A P O R T E B A N C O				APORTE LOCAL			TOTAL
	Costos Externos Dir.	Costos Ind.	Costos Locales	Sub- total	Costos Externos	Costos Locales	Sub- total	
<u>Ingeniería y Administración</u>	-	-	-	-	-	1.189	1.189	1.189
1.1 Estudios y diseños	-	-	-	-	-	140	140	140
1.2 Oficina coordinadora	-	-	-	-	-	1.049	1.049	1.049
<u>Costos Directos Construc.</u>	2.372	802	5.877	9.051	-	8.666	8.666	17.717
2.1 Postas Rurales	-	-	2.345	2.345	-	2.934	2.934	5.279
2.2 Consultorios Rurales	365	145	924	1.434	-	873	873	2.307
2.3 Centros Salud Rural	2.007	657	2.608	5.272	-	4.859	4.859	10.131
<u>Equipos y Muebles</u>	3.385	-	-	3.385	-	1.335	1.335	4.720
3.1 Postas Rurales	481	-	-	481	-	683	683	1.164
3.2 Consultorios Rurales	395	-	-	395	-	125	125	520
3.3 Centros Salud Rural	2.281	-	-	2.281	-	527	527	2.808
3.4 Vehículos	228	-	-	228	-	-	-	228
<u>Costos Concurrentes</u>	71	-	63	134	-	382	382	516
4.1 Cooperación técnica	71	-	63	134	-	-	-	134
4.2 Programa de adiestramiento	-	-	-	-	-	382	382	382
<u>Gastos Financieros</u>	1.370	-	60	1.430	220	508	728	2.158
5.1 Intereses ejecución	1.290	-	-	1.290	-	508	508	1.798
5.2 Comisión crédito	-	-	-	-	220	-	220	220
5.3 Inspección y vigilancia	80	-	60	140	-	-	-	140
TOTAL	7.198	802	6.000	14.000	220	12.080	12.300	26.300
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
PORCENTAJE	(27,4%)	(3,1%)	(22,8%)	(53,3%)	(0,8%)	(45,9%)	(46,7%)	(100,0%)

- ii) Las categorías principales del cuadro anterior, esto es, los costos directos de construcción y equipo, mobiliario y vehículos, se estudiaron de acuerdo con la experiencia reciente de la industria de construcción de Chile y de listas detalladas de equipo, instrumental médico y vehículos requeridos para las obras del Programa. El costo por metro cuadrado de construcción de las obras civiles fue como sigue: puestos rurales, US\$223; clínicas ambulatorias, US\$309; centros rurales de salud, US\$369. Debe señalarse a este respecto que los costos de construcción en Chile se ubican entre los más elevados de la región, aunque cabe esperar que los aumentos de costos tiendan a moderarse en el futuro inmediato. Asimismo, dada la localización remota y la dispersión de muchas de las obras del Programa, se añadió un coeficiente de accesibilidad a cada categoría de obras, a saber: puestos rurales, 1,07 a 1,14; clínicas ambulatorias, 1,07; centros rurales de salud, 1,05. Respecto del equipo técnico, se observó que la cuantía global de cada tipo de servicio se aproximaba a la proporción apropiada para los servicios de salud de esta naturaleza. En conclusión, se consideró que el cuadro anterior da una estimación exacta de los costos de este Programa.
- iii) De acuerdo con el cuadro anterior se estima que los costos del Programa se financiarían como se indica en el cuadro siguiente respecto de la fuente y el uso de los fondos:

(En miles de US\$ o su equivalente)

	Fuente de Fondos		Gastos a Efectuarse		Total	%
	Divisas	Moneda Local	Costos Externos	Costos Locales		
BID	8.000	6.000	8.000 ^{1/}	6.000	14.000	53,3
Aporte local	-	12.300	220 ^{2/}	12.080	12.300	46,7
Totales	8.000	18.300	8.220	18.080	26.300	100,0
	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Porcentajes	(30,5%)	(69,5%)	(31,3%)	(68,7%)	(100,0%)	

^{1/} Incluye US\$802.000 de costos indirectos en divisas.

^{2/} Comisión de Crédito.

- iv) Como se desprende de los cuadros anteriores, el posible préstamo del Banco equivaldría a US\$14.000.000 y financiaría todos los costos externos directos e indirectos, con la salvedad de la comisión de crédito, así como también cerca del 33,2% de los costos locales. En términos más específicos, los recursos del préstamo propuesto financiarían: (a) los costos externos de construcción y equipamiento de las clínicas ambulatorias y los centros rurales de salud y el honorario de los consultores por contratar; (b) los costos financieros en divisas durante el período de ejecución, incluidos los cargos por inspección y vigilancia del Banco; y (c) parte de los costos locales de construcción, equipo y consultores.
- v) El SNS ya ha realizado gastos en preparación de estudios y diseños de algunas de las obras por construir en el Programa propuesto. La cuantía total se estima en el equivalente de US\$40.000 y, previa presentación de la justificación correspondiente, esta suma podría ser reconocida por el Banco como parte de la contribución local (véanse las Recomendaciones en el Apéndice B).

III. EJECUCION DEL PROGRAMA

1. Aspectos técnicos

- i) El Programa de Salud Rural en Chile que se examina se encuentra en un estado avanzado de preparación, considerando que se tienen diseños finales de los puestos rurales de salud, las clínicas ambulatorias y los centros rurales de salud de 60 camas. Estos centros de 60 camas, en términos de costos, representan el 30% del costo total de los centros rurales de salud del Programa y se consideran una muestra suficientemente representativa para servir de base a la determinación de especificaciones y costos de este componente del Programa. Se estima que los diseños finales de los centros de 20 y 90 camas requerirían un tiempo máximo de preparación de tres meses. Por lo tanto, cabe concluir que, desde el punto de vista de las obras físicas, este Programa se encuentra suficientemente avanzado en el aspecto de diseños como para permitir una estimación aceptable del costo y la ejecución oportuna de esas obras, dentro de los plazos establecidos conforme a las políticas corrientes del Banco en programas de esta índole.

- ii) Como se indicó anteriormente, la vigilancia del Programa correría de cuenta de la Oficina Coordinadora que se establecería en el SNS, con la debida dotación de personal a este fin.
- iii) Los contratos de construcción y equipo respectivamente se han dividido en módulos de licitación de conformidad con las necesidades técnicas del Programa y se espera atraer el interés de proveedores y contratistas nacionales y extranjeros. El plan tentativo de licitaciones prevé cinco licitaciones para la construcción de los puestos rurales, todas ellas limitadas a la esfera nacional, 1/ y seis licitaciones para las clínicas ambulatorias y centros rurales de salud, todas las cuales serían internacionales. Se harán cinco grupos de licitaciones para el equipo técnico y el instrumental médico, todas ellas internacionales, seis grupos de licitación nacional para el mobiliario y dos grupos de licitación para vehículos, que también serían internacionales.
- iv) El cronograma de ejecución del Programa indica que para su terminación se necesita un período de cuatro años. Todas las clínicas ambulatorias y centros rurales de salud se iniciarían dentro de los primeros dos años del Programa y todos los puestos rurales tendrían que comenzarse en los primeros tres años, estos últimos de acuerdo con una lista definitiva de proyectos, seleccionados de acuerdo con los criterios expuestos en la Sección III.1(v) y presentados, a satisfacción del Banco, dentro de los dos años de la fecha del contrato de préstamo. Además, el contrato de préstamo estipula que los puestos rurales de salud se iniciarían básicamente de acuerdo con el siguiente programa: un tercio por lo menos en los primeros 12 meses siguientes a la fecha del contrato; dos tercios por lo menos dentro de los dos años de esta fecha y, como se indicó anteriormente, el total dentro de tres años.
- v) A los fines de analizar este Programa se considera que los centros rurales de salud y las clínicas ambulatorias son obras cuyas ubicaciones y características básicas están claramente especificadas, como se señala en la Sección I, y sólo en casos excepcionales se contemplan modificaciones. El componente de puestos rurales de salud, sin embargo, se considera como un programa global de obras múltiples. Se ha identificado preliminarmente una muestra representativa de 30% de estas obras y la selección definitiva de estos puestos se haría durante el período de ejecución del Programa, en función de los criterios expuestos en el Apéndice C (Descripción del Programa). Estos criterios se refieren específicamente al número de beneficiarios en el área de influencia de cada puesto, la disponibilidad de otros servicios de salud en el área, la presentación de un auxiliar competente residente en la comunidad, la disponibilidad de agua potable u otras fuentes de agua, las indicaciones de apoyo comunitario y las tasas de mortalidad infantil (véase el Apéndice C).

1/ La construcción de los puestos rurales de salud requiere exclusivamente costos locales y se financiaría únicamente con los recursos de la contribución local o con la moneda nacional del préstamo propuesto.

2. Aspecto financieros

- i) La contribución local, estimada en el equivalente de US\$12.300.000, se derivaría del presupuesto nacional y se destinaría a solventar los costos en moneda nacional de: (a) ingeniería y administración; (b) parte de los costos de construcción, equipo y muebles; (c) costos locales del programa de adiestramiento; (d) costos financieros del préstamo en moneda nacional; asimismo, se la utilizaría para cubrir los costos en divisas de la comisión de crédito debida al Banco.
- ii) Los estados financieros del programa deberán presentarse al Banco dentro de los 120 días del cierre de cada ejercicio financiero, debidamente certificados por la Contraloría General de la República. Estos estados financieros deberán presentarse a partir del período que termina el 31 de diciembre de 1978 y hasta que el Programa se haya concluido a satisfacción del Banco.

3. Aspectos institucionales

- i) Para dar asistencia al SNS en la vigilancia del Programa se establecería una Oficina Coordinadora antes del primer desembolso del préstamo propuesto, compuesta de un director ejecutivo, un arquitecto, un asesor médico, un asesor financiero y contable y el personal de apoyo necesario. Esta Oficina se ocuparía de la ejecución global del Programa.

Como se dijo antes, en el curso del Programa se adoptarían medidas a fin de fortalecer la capacidad del SNS para mantener debidamente sus servicios de salud y, además, establecer un sistema de evaluación de su sistema de atención de la salud en el sector rural. Los servicios de consultoría para preparar el sistema de mantenimiento, elaborar los manuales respectivos y otros documentos y ejecutar el programa de adiestramiento pertinente requerirían aproximadamente dos años. La preparación del sistema de evaluación antedicho absorbería aproximadamente seis meses.

4. Aspectos jurídicos

- i) La principal medida jurídica requerida en el Programa sería un acuerdo entre el SNS y la SCEH a fin de asegurar que esta última ejecute los trabajos de vigilancia de las obras civiles del Programa. Estas dos instituciones han venido colaborando por muchos años en la ejecución de obras similares y no se espera que haya dificultades en formalizar un acuerdo de esa índole sobre la base de las directrices ya establecidas entre el Banco y las autoridades civiles a este respecto.
- ii) El procedimiento de licitaciones del Programa ya ha sido convenido, en principio, entre las autoridades del Ministerio de Salud y el Banco y se incluiría como anexo del posible documento de préstamo.

- iii) Respecto de la adquisición de tierras se considera que no habrá dificultad en obtener los terrenos necesarios para las obras propuestas, habida cuenta, en especial, de que el Ministerio de Salud tiene facultades para adoptar las medidas legales necesarias para adquirir esas tierras en caso de no tener éxito los procedimientos normales de adquisición. A este respecto, cabe señalar que en muchos casos estos predios se incorporarían al Programa en la forma de donaciones o representarían trasposos de dominio de tierras que ya son propiedad del Gobierno.

IV. JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

1. Factibilidad técnica

- i) A causa del grado de preparación de las inversiones físicas del Programa y de la experiencia del organismo ejecutor y entidades de apoyo en la ejecución de inversiones similares, se considera que el programa propuesto es factible desde el punto de vista técnico. Como se dijo antes, se tienen diseños finales de la mayor parte de las obras por construir y los diseños restantes se pueden preparar en tiempo relativamente breve. Los costos de los centros de salud, clínicas ambulatorias y puestos de salud se han calculado con exactitud sobre la base de esos diseños, un análisis de la experiencia reciente en la ejecución de obras análogas en Chile y las tendencias proyectadas en la industria de la construcción en dicho país.
- ii) En términos de la prestación de servicios médicos también se considera que ese Programa es técnicamente factible a la luz de las siguientes consideraciones: (a) la metodología utilizada en el diseño del Programa, que identifica debidamente los sectores de la población rural que necesitan atención prioritaria en el futuro inmediato; (b) el diseño de las obras y equipos por proveer, que se consideran apropiados a las necesidades de esas poblaciones rurales; (c) la existencia de un sistema relativamente eficaz de abastecimiento de fármacos y medicinas, que asegure la provisión oportuna de los elementos necesarios para el debido funcionamiento de los servicios de este Programa; (d) la disponibilidad de personal profesional, semiprofesional y auxiliar para el Programa, teniendo en cuenta, especialmente, el número relativamente elevado de egresados de las universidades chilenas en las profesiones médicas y el programa de adiestramiento incorporado en el Programa. Respecto de este último punto cabe señalar que el país cuenta aproximadamente con 4.500 médicos y 1.900 enfermeras en el sector salud y que de las facultades de medicina egresarán aproximadamente 2.000 nuevos médicos y 2.120 nuevas enfermeras en los próximos cuatro años. Esta disponibilidad de profesionales, junto con la ley en virtud de la cual los egresados recientes deben prestar servicio en las provincias antes de tener derecho a trabajar en los grandes servicios públicos del sector urbano, significa que podrá contarse con aproximadamente los 24 médicos y 53 enfermeras adicionales que se necesitan en el Programa. Además, se estima que en los próximos cuatro años se recibirán en total 1.440 odontólogos, 465 farmacéuticos, 1.286 parteras y 1.349 técnicos médicos,

satisfaciendo así ampliamente las necesidades del Programa de 17 odontólogos, tres farmacéuticos, 21 parteras y 7 técnicos médicos. Además, anualmente se preparan cerca de 1.000 auxiliares nuevos que junto con el adiestramiento que se realizará en el marco del Programa propuesto, serán más que suficientes para proveer los 325 auxiliares necesarios para los nuevos servicios que se establecerán.

2. Factibilidad institucional y financiera

- i) Del análisis de las distintas instituciones participantes en el Programa propuesto cabe concluir que el organismo ejecutor y la SCEH poseen la capacidad administrativa y técnica necesaria para cumplir sus funciones respectivas. A este respecto cabe señalar, en especial, que la SCEH tiene más de 30 años de experiencia en esta actividad y ha supervisado la construcción de un gran número de centros de salud en ese período.
- ii) Respecto de la factibilidad financiera, se formularon proyecciones respecto de los costos operativos de los servicios propuestos y de los recursos necesarios para la contribución local. Los gastos adicionales necesarios para administrar los nuevos servicios de este programa representarían un aumento de hasta sólo 1,3% por año en relación con la cuantía que el SNS ha venido presupuestando para estos fines y, por lo tanto, no debiera presentar dificultades. Análogamente, la cuantía máxima necesaria para la contribución local en cualquiera de los años de ejecución del Programa, esto es, el equivalente de US\$3,8 millones, si bien representa una porción relativamente significativa del presupuesto de capital del Ministerio de Salud Pública en años recientes, es relativamente insignificante en términos de la capacidad presupuestaria general del país (estimada en el equivalente de US\$2.500 millones en 1976) y, por lo tanto, se considera bien ajustada a las capacidades del país.

3. Justificación socioeconómica

- i) Desde el punto de vista de su impacto general sobre la población rural, se estima que el Programa propuesto beneficiaría de manera directa a unas 542.000 personas una vez libradas al servicio las obras por construir. De este total, aproximadamente 50.000 personas residirían en centros de población de entre 5.000 y 20.000 habitantes, cerca de 110.000 residirían en pueblos más pequeños de entre 200 y 5.000 habitantes y las restantes 382.000 estarían dispersas en poblaciones del sector rural.
- ii) El efecto del Programa se sentiría fundamentalmente debido al aumento de la calidad y cantidad de servicios médicos para la población rural marginal. Se prestaría especial atención a promover la medicina preventiva, a fin de reducir la necesidad de que los pacientes sean enviados a servicios más complejos en zonas urbanas y necesiten tratamiento en etapas posteriores de la enfermedad. Además, mediante la creación del sistema piramidal de centros rurales de salud, clínicas ambulatorias y puestos rurales de salud, se espera constituir un sistema de mayor efectividad de costos, en el sector rural, para la prestación de servicios de salud. El Programa, asimismo, permitiría cerrar hospitales pequeños

que actualmente tienen un funcionamiento altamente ineficiente. En resumen, se considera que la construcción de los principales componentes del Programa complementaría la infraestructura sanitaria establecida en el país y permitiría una organización más lógica de los servicios de salud en las áreas respectivas.

- iii) Aproximadamente el 96% de los recursos del Programa se orientará hacia las Regiones IV, VII, VIII, IX y X, que son precisamente las regiones del país con más elevadas tasas de mortalidad infantil, algunos de los más deficientes servicios de salud y un muy bajo nivel de ingreso per cápita en comparación con el resto del país. El 69% de la población rural del país se concentra en estas cinco regiones y los habitantes necesitados representan entre el 20 y el 30% de la población de estas regiones. Los pobres rurales representan entre el 41 y el 63% de ese grupo pobre, en comparación con el promedio nacional de 32%. Respecto del saneamiento ambiental se observa que entre el 56 y el 77% de las viviendas de estas cinco regiones carecen de agua potable y entre el 63 y el 77% carecen de letrinas, de acuerdo con estadísticas basadas en información del Mapa de extrema pobreza, un análisis chileno oficial de la situación socioeconómica de la población del país, de acuerdo con datos del Censo de 1970. Debe recordarse que los criterios básicos de la pobreza extrema en dicho análisis se refieren a la vivienda en la que más de cuatro miembros de una familia ocupan una habitación y carecen de servicios sanitarios u otros servicios básicos. Es razonable suponer que si estas condiciones tan deficientes existen en lo que respecta a la vivienda, también existen en lo referente a la disponibilidad de servicios adecuados de atención de la salud en las áreas respectivas.

V. ASPECTOS ESPECIALES

1. Construcción por administración directa

Como se indicó, el Programa incluye la construcción de cerca de 195 puestos rurales de salud que se distribuirían en las zonas rurales de Chile y de los cuales un número elevado se localizaría en localidades remotas, con medios de acceso relativamente difíciles. Además, el costo total medio de uno de estos puestos se estima en el equivalente de cerca de US\$19.000. Se considera, por ende, que una parte significativa de estos puestos no atraerá el interés de los contratistas privados y que sería aconsejable que fueran construidos por el SNS mediante administración directa. A decir verdad, el SNS, por conducto de sus oficinas regionales, ya ha construido algunos de estos puestos, en muchos casos con la asistencia de una sustancial participación comunitaria. Habida cuenta de la sencillez de estas obras, de la experiencia del SNS en este aspecto, de la importancia de alentar una mayor participación comunitaria en el Programa de salud y de las ya mencionadas dificultades en lo que concierne a atraer el interés de contratistas privados, se recomienda que hasta el equivalente de US\$1.600.000 del

componente de puestos rurales de salud (aproximadamente el 30% del total) sea construido por el SNS mediante administración directa, con la debida supervisión del la SCEH. El SNS tendría que obtener la previa aprobación del Banco para utilizar este método, caso por caso, dando la justificación necesaria, indicando por qué no se pueden aplicar los procedimientos normales de contratación y probando que la ejecución por administración directa no afectará adversamente al cronograma del Programa (véase el Proyecto de Resolución).