

PERFIL DE FACILIDAD SECTORIAL

ECUADOR

25 DE JUNIO DEL 2002

Título del proyecto:	Fortalecimiento del Seguro Social Campesino		
Número del proyecto:	EC-0101		
Prestatario:	República del Ecuador		
Organismo ejecutor:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección del Seguro Social Campesino (SSC)		
Plan de financiamiento:	BID (OC):	US\$	5.000.000
	Local:	US\$	<u>500.000</u>
	Total:	US\$	5.500.000
PTI/SEQ:	Sí, clasificación automática por sector (atención primaria en salud).		
Fechas tentativas:	Próxima misión	29 julio – 2 agosto del 2002	
	Comité de Préstamos	Noviembre 2002	
	Directorio	Diciembre 2002	

I. SITUACIÓN ACTUAL

A. Situación económica y social

- 1.1 En el 2002, la economía de Ecuador está creciendo después de varios años de recesión y desastres naturales. Sin embargo, los efectos de ambos siguen presentes en los altos niveles de pobreza y desigualdad, los cuales aumentaron significativamente desde mediados de los noventa. La pobreza total¹ aumentó de 34% de la población total en 1995 al 67% en el primer semestre del 2000. Este aumento dramático se ha concentrado en las zonas rurales del país, donde el nivel de pobreza total alcanzó un nivel histórico de 86% de la población en el 2000. La

¹ Definido como las personas que pertenecen a hogares cuyo consumo por cada miembro es inferior al valor de la línea de pobreza, lo cual representa el costo estimado de una canasta de bienes y servicios que satisfaga las necesidades básicas.

pobreza extrema² llegó al 21% de la población al nivel nacional y al 38% de la población rural.

- 1.2 A pesar de que los indicadores de salud han mejorado a nivel nacional en las últimas décadas, la situación de salud en el sector rural continúa siendo crítica³. La tasa de mortalidad infantil es más que el doble de la cifra urbana (52 por mil nacidos vivos versus 30 en áreas urbanas) y no ha disminuido significativamente en las últimas décadas. Esta tasa es mayor entre comunidades indígenas que en el resto de la población; mientras que la tasa nacional era de 22 por 1.000 nacidos vivos registrados (1994), en las comunidades de Colimbuela y Cumbas llegaba al 83.3 y 66.7 respectivamente. Estas altas tasas rurales e indígenas están relacionadas con la desnutrición, la inadecuada atención materno-infantil, un ambiente insalubre y un bajo acceso a servicios de salud socio-culturalmente adecuados. La distribución de la desnutrición y la incidencia de enfermedades como la diarrea está igualmente sesgada hacia el sector rural e indígena. Este diferencial por área de residencia y etnia se mantiene para cualquier tipo de atención primaria en salud (controles médicos, atención prenatal, atención al parto, etc.), aunque, en general, sí ha habido un progreso sustancial en materia de inmunizaciones en los últimos años.

B. El sector salud

- 1.3 El sector salud ecuatoriano, como muchos sistemas de salud en la región, es segmentado y está constituido por diversas instituciones públicas y privadas. A diferencia de otros países de la región, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), compuesto por el Seguro General Obligatorio (SGO), el SSC y otros seguros especiales, ha extendido la seguridad social en salud a trabajadores informales en el sector rural a través del SSC desde 1968. Este esquema ha sido reconocido por ser uno de los primeros esquemas asociados a la seguridad social en la región que ha podido brindar servicios de salud de bajo costo al sector informal rural⁴ con una fuerte participación comunitaria.
- 1.4 **El Seguro Social Campesino.** Estimados de cobertura muestran que el SSC es el tercer proveedor público más importante del sistema público de salud ecuatoriano, proveyendo servicios a un 8% de la población total, un porcentaje que ha crecido progresivamente desde su creación. El SSC ha logrado niveles de eficiencia importantes en comparación con otros proveedores públicos en Ecuador, con un gasto per cápita de alrededor de US\$14 y un promedio de consultas por hora de

² Definido como las personas que pertenecen a hogares cuyo consumo por cada miembro es inferior al valor de la línea de indigencia, lo cual representa el costo estimado de una canasta sólo de alimentos que permita satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos de un adulto.

³ Hay tres encuestas de demografía y salud disponibles para el Ecuador – ENDESA 87, ENDEMAIN 89, ENDEMAIN 1994 – todas realizadas por una ONG, CEPAR, en colaboración con el INEC.

⁴ Existe un nivel estructural muy alto de personas trabajando en el sector informal de la economía en Ecuador. En el sector rural, por ejemplo, 93% de la población económicamente activa trabaja sin contrato, un grupo compuesto mayoritariamente por trabajadores agrícolas, quienes conforman el 65% de la población del país.

3,9, principalmente a través de una presencia consistente del personal asistencial del SSC en sus dispensarios. La población beneficiaria del SSC es una población rural (21% de la población rural total) y mayoritariamente pobre –un 17% de pobres extremos rurales se benefician del programa, una cifra excepcional para cobertura de seguridad social en salud en áreas rurales en América Latina. Asimismo, el SSC opera en áreas donde están concentradas las poblaciones indígenas y afroecuatorianas en el país⁵.

1.5 **Financiamiento.** El SSC se financia con el equivalente al 1% de la masa salarial, que ingresa como parte solidaria del aporte de los trabajadores contribuyentes al IESS-SGO. De este 1%, el 35% es financiado por el trabajador, el 35% por los empleadores y el 30% restante por el Estado. Los campesinos afiliados también contribuyen al Seguro a través de un co-pago anual por hogar que representa 1% de un salario mínimo vital, un valor simbólico, y servicios en especie (limpieza de los dispensarios, etc.). Su presupuesto ejecutado se ha mantenido en alrededor de \$14 millones de dólares anuales. Aunque el monto transferido es teóricamente suficiente para cubrir la actual población afiliada, el IESS y el Estado no han podido realizar sus transferencias presupuestarias de manera oportuna, lo cual ha dificultado el proceso de planificación y ejecución de presupuesto. Asimismo, este nivel de presupuesto no ha permitido expandir la afiliación de manera en los últimos cinco años.

1.6 **Provisión.** El régimen especial del SSC provee atención primaria y secundaria a través de una red de dispensarios a todos los miembros de las familias pertenecientes a comunas, cooperativas, asociaciones, comités u otras formas similares de organización popular campesina⁶. Para la atención terciaria, el SSC refiere pacientes a los hospitales del IESS sin cargo alguno⁷. Los principales desafíos que enfrenta el SSC en el área de provisión de servicios de salud son:

a. **Limitados servicios preventivos.** El SSC trabaja bajo los lineamientos, protocolos y prioridades en salud pública establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), pero no ha recibido el mismo nivel de capacitación y asistencia técnica en esta materia que los establecimientos regulares del MSP, lo cual ha contribuido a un enfoque excesivamente curativo en la atención sanitaria. Las tasas de caso para el último año disponible (1998) confirman este sesgo; la mayoría de casos, principalmente concentrados en infecciones respiratorias, enfermedades parasitarias y diarreas, podrían haber sido prevenidos. Tampoco ha podido aprovechar las organizaciones campesinas para apoyar los esfuerzos de promoción de la salud en la comunidad. Asimismo, por no contar con un sistema de monitoreo y evaluación

⁵ La población indígena, aproximadamente 14% de la población rural total, está concentrada en las zonas de la amazonía ecuatoriana y de la sierra, mientras la población afroecuatoriana representa 6% de la población mayor a 15 años y vive principalmente en la costa rural. Ambas áreas concentran los beneficiarios del SSC.

⁶ Actualmente 2.712 organizaciones campesinas están afiliadas.

⁷ Cada año, aproximadamente 1,3% de la población beneficiaria está referida a un nivel mayor de atención.

adecuado, el SSC ha enfrentado dificultades en reportar y monitorear enfermedades contagiosas en coordinación con el MSP.

- b. **Disponibilidad irregular de medicamentos e insumos.** El SSC enfrenta serios problemas en la disponibilidad de medicamentos esenciales y otros insumos en los dispensarios, que han resultado en un descenso en la calidad de los servicios y reclamos públicos de las asociaciones de beneficiarios. Una encuesta reciente de los usuarios apuntaba a la falta de medicamentos como el principal problema del SSC. Las causas de este problema son múltiples, relacionados a la poca eficiencia y demoras en la planificación, licitación y distribución de los medicamentos e insumos.
 - c. **Equipos obsoletos.** Los dispensarios del SSC disponen del equipamiento básico para la atención primaria, lo que ha posibilitado una atención continua a sus afiliados. Sin embargo, sus elementos no han tenido una reposición importante en los últimos años. Excepcionalmente se han dotado unidades nuevas o, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, se han realizado compras en pequeña escala, por lo que se puede asegurar que sobre el 80% de equipos e instrumental se encuentran en estado regular o malo, por desgaste debido al uso u obsolescencia ya que en el mejor de los casos tienen más de 20 años de utilización, habiendo rebasado la vida útil de estos activos.
- 1.7 **Gestión.** El SSC opera bajo el Consejo Directivo del IESS con una autonomía administrativa y financiera moderada; tiene derecho a asignar su presupuesto libremente, contratar personal y realizar licitaciones bajo ciertos niveles de precio. La organización cuenta con una dirección central y dos subdirecciones, una médica y otras administrativa-contable. Asimismo, hay cinco subdirecciones regionales y 577 establecimientos que proveen atención primaria, conocidos como dispensarios. También coordina con las organizaciones campesinas para la afiliación de la población beneficiaria y la recaudación del co-pago. A diferencia del MSP, la organización ha logrado estabilidad en su personal en el tiempo, lo que ha permitido mantener el nivel de atención y consultas. Sin embargo, el SSC enfrenta los siguientes desafíos en materia de gestión:
- a. **Ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación.** El SSC no cuenta con mecanismos para el monitoreo y evaluación de los resultados de sus prestaciones y requiere de apoyo para la recaudación, análisis y uso de la información producida por sus proveedores. Esta información sobre los resultados de sus inversiones también apoyaría a la sostenibilidad financiera del SSC.
 - b. **Limitada informatización.** Casi la totalidad de la información procesada por las distintas subdirecciones está realizada manualmente en papel, lo cual contribuye a demoras en la planificación y retroalimentación para la gestión y un uso intensivo de personal administrativo en procesos de tabulación. El poco equipo informático con el que cuenta el SSC está obsoleto y requiere una reposición básica.

- 1.8 **Otras prestaciones.** El SSC también otorga pequeñas pensiones asistenciales a jefes de familias campesinas afiliadas mayores a 60 años y a personas discapacitadas afiliadas. El monto de la pensión asistencial está calculado en base a un “salario mínimo de aportación” cuyo monto está establecido en la legislación vigente. El monto total otorgado no ha superado el 4% del gasto total del SSC en los últimos cinco años.
- 1.9 En resumen, desde 1968, el SSC ha podido mantener una atención básica en salud de bajo costo para una población altamente vulnerable, pero ha sufrido de un sobre-énfasis sobre servicios curativos y servicios que requieren de ajustes para servir adecuadamente a poblaciones indígenas, una inadecuada relación con el MSP en términos del manejo de enfermedades contagiosas y una disponibilidad irregular de medicamentos esenciales y equipos. De la misma manera, el SSC no cuenta con información y sistemas que permitan planificar sus acciones y evaluar su impacto sobre el estado de salud de la población atendida.

C. Reforma de la Ley de Seguridad Social

- 1.10 En noviembre del 2001, el congreso ecuatoriano aprobó una nueva Ley de Seguridad Social. La nueva Ley, entre otros aspectos, extiende la cobertura geográfica del SSC a toda el área rural del territorio nacional para proteger a la población que labora habitualmente en el campo y a la que se dedica a la pesca artesanal, confirmando el papel clave del SSC dentro del sistema de salud del Ecuador.
- 1.11 En cuanto a financiamiento, la Ley consolida el principio de financiamiento solidario de los afiliados del IESS al SSC, posibilita aumentar la aportación familiar campesina y amplía el universo de contribuyentes al incluir aportes de otros seguros públicos y privados. Estos cambios incrementarán sustancialmente el monto de recursos asignados al SSC, lo que solucionaría uno de los problemas importantes enfrentados por la institución y posibilitará una limitada extensión de cobertura.
- 1.12 En cuanto a las prestaciones de servicios, la prestación de salud del SSC se equipara con la del Seguro General del IESS y se establece el derecho de libre elección del prestador de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad. En cuanto a otras prestaciones, las pensiones asistenciales otorgadas a jefes de familias campesinas afiliadas al SSC se vinculan a un salario mínimo de aportación, que se definirá en el reglamento. Dependiendo de la manera en que estas medidas sean reglamentadas, los cambios en las prestaciones podrían tener efectos importantes en el equilibrio financiero de la institución. Los actuales borradores de la reglamentación mantienen el nivel del salario mínimo de aportación al mismo nivel que la legislación anterior. Al proyectar estas pensiones asistenciales al futuro, tomando en cuenta una expansión de cobertura gradual y la estructura demográfica de la población rural, el porcentaje de presupuesto dedicado a este ítem no excederá un 10% del presupuesto total del SSC en los próximos 15 años.

- 1.13 Dados estos cambios, las proyecciones financieras del seguro de salud del SSC valorado al 31 de diciembre del 2000, según la nueva Ley y considerando un horizonte de 15 años y una expansión de cobertura gradual, muestra que el esquema planteado es sostenible financieramente en el mediano plazo, generando un superávit moderado cada año. Sin embargo, aun en el corto plazo, las incertidumbres sobre la reglamentación de la Ley, la transferencia tardía de presupuesto y la ausencia de una estrategia de salud preventiva podrán generar dificultades financieras para el SSC.

II. ESTRATEGIA DEL PAÍS Y DEL BANCO

- 2.1 El Congreso actualmente se encuentra considerando la legislación propuesta por el gobierno para crear un sistema nacional de salud. La participación de las entidades que integra el sistema se desarrollará respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución (que incluye SSC para la parte rural), sus respectivos órganos de gobierno y sus recursos. La rectoría será consagrada al MSP, mientras la provisión de los servicios de salud es plural y se realizará con la participación coordinada de las instituciones prestadoras de manera descentralizada y desconcentrada, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y administración de sus propios recursos. La función de coordinación de las inversiones y servicios está asignada a consejos en el ámbito nacional, provincial y cantonal. A pesar de que la legislación prevé una ampliación de la cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del SGO y SSC, las únicas entidades que recibirán un aumento de recursos en el corto plazo son el SGO y SSC debido a la ampliación de la base tributaria sobre la cual se aplican las tasas de recaudación del IESS. Dada esta situación, el gobierno ecuatoriano ha reconocido el papel clave que pueda jugar el SSC en la extensión de cobertura y el incremento en la efectividad de la inversión en salud, y por lo tanto ha expresado interés en el programa propuesto.
- 2.2 La estrategia del Banco en el país (GN-2169) establece como segundo objetivo central el alivio a la pobreza, la formación del capital humano y la inclusión social. La operación propuesta está incorporada en el documento de país como 2002A y apoya al segundo objetivo del programa del Banco. Al proporcionar servicios de salud a campesinos que trabajan en el sector informal, se crea un mecanismo de protección social para poblaciones tradicionalmente desprotegidas. Al asegurar un servicio de salud preventivo y curativo de calidad a esta población, el programa contribuirá a la formación del capital humano de los trabajadores informales y sus familias. Al trabajar con el Seguro Social Campesino y las organizaciones campesinas que organizan la afiliación al sistema, el programa mejorará las condiciones de inclusión social para estas poblaciones campesinas e indígenas. El programa propuesto complementa las operaciones actualmente en la cartera y es sinérgica con las operaciones del Banco Mundial con el Ministerio de Salud Pública.

III. OBJETIVOS Y DESCRIPCIÓN

A. Objetivos

- 3.1 El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud entre poblaciones elegibles para el SSC. El objetivo se logrará a través de: (a) la introducción de programas de salud preventiva y capacitación clínica al personal del SSC, con un énfasis en la adecuación sociocultural de los servicios; (b) el aseguramiento de la disponibilidad de medicamentos esenciales y equipos e instrumentales básicos; y (c) el fortalecimiento de los sistemas actuales de gestión, incluyendo el monitoreo y la evaluación.

B. Descripción

- 3.2 **Componente 1: Salud preventiva (US\$1,3 millón).** El objetivo de este componente es introducir acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en los servicios brindados por los dispensarios del SSC y mejorar las destrezas del personal de salud en esta área. Bajo este componente, se financiará capacitación y materiales para acciones al nivel del dispensario, las asociaciones campesinas⁸ y la comunidad para la educación y comunicación en nutrición, capacitación en estrategias integradas e integrales de curación, promoción y prevención como AIEPI⁹, la capacitación en relaciones comunitarias y en aspectos socioculturales referentes al mantenimiento y la restauración de la salud, la adopción de protocolos de atención materna adaptados a las prácticas culturales de la población y la prevención y manejo de enfermedades crónico-degenerativas, así como el desarrollo e implantación de un sistema de capacitación al personal de salud consistente con los protocolos MSP para el personal de salud de los dispensarios SSC.
- 3.3 **Componente 2: Sistemas de manejo de insumos y equipos médicos (US\$3 millones).** Este componente tiene como objetivo asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos y equipos médicos necesarios para brindar una atención primaria de salud de calidad en los dispensarios del SSC. Como parte de la preparación, se realizará un perfil epidemiológico de las áreas de intervención de los dispensarios SSC. Bajo el programa se financiará la asistencia técnica y los equipos informáticos necesarios para atender a las necesidades definidas en el perfil a través de la construcción de sistemas eficientes de planificación, licitación, distribución y utilización de productos

⁸ En el área de la participación de las organizaciones campesinas e indígenas, se brindará asistencia técnica y materiales para apoyar las acciones de promoción de la salud y la extensión de la cobertura. Esta última actividad será realizada a partir de un análisis de las capacidades de las asociaciones y una consulta rápida sobre las necesidades identificadas por estos grupos.

⁹ El proceso de adaptación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a las características socioculturales en Ecuador está casi terminado, con asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

farmacéuticos e insumos dentro del SSC¹⁰. Asimismo, se financiará la compra de equipos médicos necesarios para responder al perfil epidemiológico y la capacitación del personal de salud en el mantenimiento de los equipos para asegurar una atención primaria de calidad en dispensarios del SSC. También se financiará asistencia técnica que permitirá la puesta en marcha de estándares del MSP sobre el manejo de desechos peligrosos al ambiente en el ámbito de la atención primaria.

- 3.4 **Componente 3: Gestión (US\$0,7 millón).** Este componente tiene como objetivo fortalecer la gestión del SSC. En el área de gestión, se financiará: (a) estudios necesarios para el seguimiento de los padrones de afiliación y gasto para determinar la adecuación de la nueva reglamentación; (b) apoyo técnico para la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del SSC y su impacto sobre las condiciones de salud de su población beneficiaria¹¹; y (c) equipos informáticos y software de acuerdo a las necesidades identificadas en el análisis institucional (ver párrafo 4.2).

IV. EJECUCIÓN Y ASPECTOS INSTITUCIONALES

- 4.1 La Dirección del Seguro Social Campesino será el organismo ejecutor del programa. Las subdirecciones del SSC serán responsables por la ejecución de las actividades pertinentes, apoyadas por una unidad pequeña de asesoría técnica adjunta a la Dirección financiada con los recursos de la contrapartida. Le corresponderá a la unidad de asesoría (UA) mantener el vínculo directo con la Dirección para la orientación general del programa y sus políticas de ejecución, asesorar y apoyar a los aspectos técnicos y administrativos de cada componente encargado a las subdirecciones y asegurar la coherencia y coordinación entre los mismos. Las oficinas regionales del SSC también tendrán un papel en la ejecución de las actividades contempladas en los componentes 1-3. La UA también tendrá responsabilidad por el seguimiento y el envío de informes de rutina al Banco. A fin de evitar duplicaciones y aprovechar la experiencia y recursos disponibles en materia de salud intercultural, las actividades focalizadas a las comunidades indígenas se realizarán en coordinación con la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y sus oficinas provinciales.
- 4.2 Como parte de la preparación del programa, se realizará un análisis institucional del SSC para determinar las necesidades específicas de apoyo. Sin embargo, cabe notar que el SSC es una agencia ejecutora con capacidad, siendo una de las

¹⁰ No se financiará medicamentos e insumos. Las inversiones del programa no reemplazarán el presupuesto regular del SSC.

¹¹ Indicadores de los *resultados intermedios* del programa y del SSC incluirán el porcentaje de población asegurada menor a 5 años con esquema completo de vacunaciones, el porcentaje de nacimientos a familias aseguradas que ocurran con atención profesional al parto y otros. Indicadores de los *resultados finales* de las acciones de la institución incluirán la tasa de mortalidad infantil y neo-natal, las tasas de morbilidad asociadas con enfermedades crónicas como diabetes y otros. Todos los resultados serán desagregados por nivel de pobreza, lugar de residencia, grupo étnico y género.

organizaciones más estables en el sector salud ecuatoriano en términos de su ejecución presupuestal cuando recibe los recursos y su presencia de personal, con fuerte respaldo político y de la sociedad civil, bajo condiciones muy adversas en el ambiente político y económico de los años recientes.

V. IMPACTO SOCIAL Y AMBIENTAL

- 5.1 Los principales beneficios del proyecto están asociados a la reducción de la mortalidad y morbilidad materno-infantil y la morbilidad asociada con enfermedades crónicas a través de la implantación de estrategias de salud preventiva y de manejo de enfermedades crónicas, así como sistemas que asegurarán la disponibilidad de medicamentos y equipos en los dispensarios del SSC. Como estas reducciones se concentran en poblaciones pobres y rurales, las acciones del programa también deben contribuir a la reducción de la pobreza humana en estos sectores. Al ser un programa enfocado en la atención primaria en salud, esta operación calificará como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza. El programa tendrá un impacto ambiental marginal pero positivo al proveer asistencia técnica para la implantación de los estándares nacionales y locales de manejo de desechos peligrosos en coordinación con las instancias relevantes.

VI. TEMAS ESPECIALES

- 6.1 **Reglamentación de la Ley de Seguridad Social y la sostenibilidad financiera del SSC.** Tal como se menciona en los párrafos 1.15-1.16, la reglamentación de la Ley tendrá un impacto importante sobre la viabilidad financiera del SSC. Aunque poco probable dado los últimos borradores de la reglamentación (ver párrafo 1.12), una modificación al salario mínimo de aportación podrá significar aumentos no-viables en el monto de la pensión asistencial pagada por el SSC y podrá tener un impacto importante sobre los servicios de salud. Asimismo, aunque en el corto plazo las proyecciones financieras estiman que la referencia IESS u otro proveedor privado con reembolso por parte del SSC es factible, en el mediano plazo, la obligación de reembolsar al IESS-SGO u otros proveedores privados por atención de nivel terciario podrá ser inviable. Para mitigar estos riesgos, el Banco está apoyando técnicamente a la Dirección del SSC en la negociación de la reglamentación y en la conducción de estudios que seguirán estos temas durante el período de ejecución (componente 3). Así mismo, en el caso de que ocurre un desbalance entre el presupuesto asignado y las obligaciones financieras del SSC, el Banco reevaluará el programa propuesto a fin de asegurar la sostenibilidad de la institución y el uso apropiado del programa. De todas formas, el fuerte apoyo político-civil con que cuenta el SSC hace probable que cualquier reforma necesaria para la sostenibilidad de la organización sea realizable.

- 6.2 **Financiamiento oportuno del SSC.** A pesar del aumento en presupuesto asociado con la nueva Ley, el SSC ha sufrido históricamente de la transferencia tardía del presupuesto (ver párrafo 1.5), resultando en una concentración de ejecución de recursos en los últimos meses del año fiscal. En el caso de que el Banco decide preparar un préstamo sectorial (EC-0212), se negociará la inclusión de condicionalidad del primer tramo de desembolso para asegurar la transferencia oportuna de presupuesto al SSC para el 2003. En años subsecuentes, se elevará el tema durante cada revisión anual.
- 6.3 **Modalidad de préstamo.** Dadas sus características, la operación propuesta será financiada bajo la modalidad de la Facilidad Sectorial en Salud¹². Las actividades a ser financiadas responden a deficiencias sectoriales en la provisión de servicios, medicamentos e información y educación sobre la salud pública y el control de enfermedades en una parte significativa del sistema público de salud. Por su naturaleza de atención primaria y salud pública, las acciones del programa propuesto tendrán un alto impacto sobre las condiciones de salud de la población beneficiaria.

VII. ESTADO DE PREPARACIÓN Y PLAN DE ACCION

- 7.1 Se han iniciado consultorías en las áreas claves a ser financiadas bajo el programa: (a) estudio de opciones para el sistema de planificación, licitación, distribución y utilización de medicamentos; (b) necesidades específicas de equipos médicos para la atención primaria; (c) análisis de las capacidades de las organizaciones campesinas afiliadas y los mecanismos de posible participación en la promoción de la salud y (d) análisis institucional del SSC. Se realizará la misión principal del programa en julio del 2002.

¹² Esta es la segunda operación en preparación a utilizar la Facilidad Sectorial en Salud.