

DIVULGACION SIMULTÁNEA

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BRASIL

PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

(BR-L1044)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

El presente documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por Frederico C. Guanais de Aguiar (SCL/SPH) Jefe de Equipo; Rita Sorio (SPH/CBR); Hugo Flórez Timorán (VPC/CPR), Roberto Iunes (OVE/OVE); Ma. Bernadete Buchsbaum (LEG/SGO); Teresa Maurea Faria (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); Marília Santos (PDP/CBR); y José Luis Vásquez (PDP/CBR).

El presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El Directorio Ejecutivo podrá aprobar o no el documento o aprobarlo con modificaciones. Si posteriormente fuera objeto de actualizaciones, el documento actualizado se pondrá a disposición del público de acuerdo con la Política de Acceso a Información del Banco.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS	2
A.	Antecedentes, problemas abordados y justificaciones	2
B.	Objetivos, componentes y costos	6
C.	Marco de Resultados con indicadores clave.....	7
II.	ESTRUCTURA FINANCIERA Y RIESGOS PRINCIPALES	8
A.	Instrumento de financiamiento	8
B.	Salvaguardias, riesgos y medidas de mitigación en materia ambiental y social	8
C.	Riesgo fiduciario	9
D.	Otros temas y riesgos.....	10
III.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	11
A.	Resumen del esquema de ejecución	11
B.	Adquisiciones	12
C.	Resumen del esquema de monitoreo y evaluación.....	13
D.	Actividades significativas de diseño después de la aprobación	14

Anexos

ANEXO I	DEM - Resumen
ANEXO II	Marco de Resultados
ANEXO III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

Enlaces Electrónicos

REQUERIDOS

- 1... Plan Operativo Anual
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1538057>
2. Monitoreo y Evaluación
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36359580>
3. Plan de Adquisiciones
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1535577>
4. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1672510>

OPCIONALES

1. Características del Municipio de SBC
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1533056>
2. Plan de Fortalecimiento Institucional
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1535784>
3. Esquema General de Ejecución y Adquisiciones
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1537291>
4. Análisis Económico Ex-Ante
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36359617>
5. Formulario de revisión de salvaguardias y clasificación ambiental
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=1672510>

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAPS	Centros de Atención Psicosocial
CC	Capacidad de Control
CE	Capacidad de Ejecución
CPO	Capacidad de Programación y Organización
DAB	Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud
DM	Desarrollo Medio
CONAMA	Consejo Nacional de Medio Ambiente
ESR	Revisión de Medio Ambiente e Impacto Social
FUABC	Fundación ABC
ID	Desarrollo inicial
MS	Ministerio de Salud
MSBC	Municipio de São Bernardo do Campo
PAB	Piso de Atención Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitarios de Salud
PGRSS	Plano para Gerenciar los Residuos Sólidos Sanitarios
PIB	Producto Interno Bruto
PNAD	<i>Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios</i>
POA	Plan Operativo Anual
PPI	Programación Pactada e Integrada
PSF	Programa de Salud de la Familia
RM	Riesgo Medio
RSS	Residuos Sólidos de Salud
SAB	Sistema de Administración de Bienes y Servicios
SADIG	Sistema de Apoyo a Decisión e Informaciones Gerenciales
SAF	Sistema de Administración Financiera
SAP	Sistema de Administración del Personal
SBC	São Bernardo do Campo
SCE	Subsistema de Control Externo
SCI	Subsistema de Control Interno
SECI	Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional
SIA	Sistema de Informaciones de Ambulatorio
SIAB	Sistema de Información de la Atención Básica
SIASUS	Sistema de Información Ambulatoria
SIGOM	Sistema de Gestión Presupuestaria Municipal
SIHSUS	Sistema de Información Hospitalaria
SISNASC	Sistema de Información de Nacidos Vivos
SS	Secretaría de Salud
SOA	Sistema de Organización Administrativa
SMS	Secretaría Municipal de Salud

SPA	Sistema de Planeamiento
SRT	Servicios Residenciales Terapéuticos
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidades Básicas de Salud
UCP	Unidad Coordinadora del Programa

RESUMEN DEL PROYECTO
BRASIL
PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD
(BR-L1044)

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario: Municipio de São Bernardo do Campo		Período de amortización	25 años
Garante: República Federativa del Brasil		Período de gracia:	4 años y 6 meses
Agencia Ejecutora: El Prestatario, por medio de su Secretaría de Salud		Período de desembolsos:	4 años y 6 meses
Fuente	Monto		
BID (Capital Ordinario)	US\$21,6	Inspección y vigilancia:	*
Local	US\$21,6	Tasa de interés:	LIBOR
Total	US\$43,2	Comisión de crédito:	*
Moneda: Dólares estadounidenses de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco			
Sinopsis del Proyecto			
Objetivo del proyecto: El objetivo del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población del Municipio de São Bernardo do Campo (MSBC), por medio del fortalecimiento del sistema de salud municipal con énfasis en la expansión y reorganización de la atención básica a la salud.			
Condiciones previas al primer desembolso de los recursos del financiamiento: (i) la constitución formal, por medio de un Decreto Municipal, de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) (pár. 3.3); y (ii) la entrada en vigencia del Reglamento Operativo (RO) del Programa (pár. 3.4).			
Condiciones contractuales especiales: El plazo para el inicio material de las obras del programa será de cuatro años y el plazo para desembolso de los recursos de financiamiento para las obras materialmente iniciadas y para los demás costos incurridos en la ejecución del programa será de cuatro años y seis meses, contados a partir de la vigencia del Contrato de Préstamo.			
Condiciones especiales de ejecución: Condiciones previas a la licitación de las obras: el prestatario presentará, a satisfacción del Banco, evidencia del cumplimiento de la legislación nacional de medio ambiente (pár. 2.6).			
Adquisiciones: Los aspectos operativos de esta Propuesta de Préstamo reflejan las políticas aplicables del Banco, que estaban en vigencia cuando la operación fue analizada y el contrato de préstamo correspondiente fue preparado y negociado, respectivamente en 2008 y 2010. Asimismo, la aplicación de las políticas GN-2349-7 y GN-2350-7 para esta operación es consistente con el modo que la Administración ha informado al Directorio Ejecutivo que la Administración está aplicando las nuevas políticas de adquisiciones. Por tanto, se propone la aplicación de estos aspectos operativos para la ejecución de este préstamo de inversión.			
Aspectos Especiales: El Banco podrá reconocer hasta un monto equivalente de US\$10 millones con cargo a la contrapartida por gastos incurridos (pár. 3.6).			
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.			
El proyecto califica para: SEQ[X] PTI [X] Sector [X] Geográfica [] % beneficiarios []			

(*)La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

I. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas abordados y justificaciones

- 1.1 **El sistema de salud brasileiro.** La política nacional de salud se basa en la Constitución Federal de 1988, que fija los principios y directivas para la atención de salud en Brasil, proporcionado por el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS, reglamentado en 1990 tiene como principio fundamental el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integradas en una red regionalizada y jerarquizada de prestación de servicios, bajo la responsabilidad de las tres esferas de Gobierno -federal, estatal y municipal- con la participación complementaria de la iniciativa privada. Datos de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)* indican que el 75,5% utiliza exclusivamente los servicios del SUS. El restante 24,5% de la población brasileira está cubierto por planes de salud privados y utiliza también servicios financiados por el SUS, en particular para procedimientos o tratamientos más complejos o de más alto costo.
- 1.2 La prestación de servicios de salud del SUS se realiza mediante las redes de los gobiernos federal, estatal y municipal, así como por establecimientos privados contratados, ya sean estos con fines lucrativos o no. El SUS está constituido por subsistemas en cada estado (SUS estatal) y cada municipio (SUS municipal). La dirección nacional del SUS corresponde al Ministerio de Salud (MS), que cumple funciones reguladoras y de coordinación en el ámbito nacional, y que además tiene participación primordial en el financiamiento del sistema. El MS mantiene algunas estructuras ejecutivas propias en las áreas de enseñanza, investigación, asistencia terciaria y prestación de servicios especiales, tales como la atención de salud a los indígenas. La legislación atribuye a los municipios la responsabilidad primordial de proveer acciones y servicios de salud para la atención de las necesidades sanitarias de sus respectivas poblaciones, con la cooperación técnica y financiera tanto federal como estatal¹. La red municipal asegura la atención básica y la mayor parte de la de mediana complejidad, y está constituida por unidades de salud (centros y puestos sanitarios), así como hospitales.
- 1.3 El SUS se financia por medio de recursos públicos procedentes de las tres instancias de gobierno. En 2008, el Gobierno Federal participó con 43,5% del financiamiento del SUS, los estados y el Distrito Federal con 27,6% y los municipios con 29%. La movilización de recursos por el Gobierno Federal (Unión) se realiza por medio de impuestos generales y contribuciones sociales².

¹ Véase: Renilson Rehem de Souza (2002). “*Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*”. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Véase: CONASS (2008). *Para entender a Gestão do SUS*, vol. 2, Brasília DF.

- 1.4 **Fortalecimiento de la atención básica.** Desde mediados de la década de 1990 el SUS impulsó el fortalecimiento de la atención básica (primer nivel de atención del sistema) como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y estimular la reorientación de la atención en el marco de un modelo universal e integral, que antes estaba excesivamente centrado en la atención hospitalaria. Los mecanismos más importantes utilizados para expandir la cobertura y reducir las desigualdades interregionales fueron el llamado Piso de Atención Básica (PAB), el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y el Programa de Salud de la Familia (PSF)³.
- 1.5 El PAB es una estrategia de asignación de recursos destinados a la atención básica, vinculada al desarrollo de acciones previamente definidas y al cumplimiento de metas negociadas en la Programación Pactada e Integrada (PPI)⁴. Los municipios asumen la responsabilidad de asegurarle a la población una serie de acciones de atención básica. Para ello, reciben una capitación transferida por el MS a los Fondos Municipales de Salud, en reemplazo de la asignación de recursos mediante pago por producción.⁵
- 1.6 Lo más importante de los incentivos está asociado a la implementación del PSF, programa lanzado en 1994, que incorpora y amplía la iniciativa del PACS creado en el 1991. El PSF ofrece atención integral de salud a una población definida, en un territorio determinado, mediante la adscripción de pacientes a un equipo multiprofesional, compuesto por al menos un médico, un enfermero, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (en proporción de un agente para un máximo de 150 familias, o bien 750 personas). Cada equipo de salud debe ser responsable del seguimiento de unas mil familias. La preparación de los profesionales se realiza en polos de capacitación, formación y educación establecidos en todas las regiones del país e incluye el estímulo a la promoción de acciones intersectoriales para intervenir sobre las condiciones de producción de la salud. En base a los últimos datos disponibles referente a abril 2011, el PSF se está ejecutando en 5.279 de los 5.561 municipios brasileños, con 31.900 equipos de salud familiar que atendían a aproximadamente 101 millones de personas (53% de la población). De otro lado, el PACS se está ejecutando en 5.974 municipios, con 246.100 agentes comunitarios que atienden a aproximadamente 120,4 millones de personas (63% de la población)⁶.
- 1.7 Al fin de adscribir a la población a los equipos de PSF y PACS se está impulsando el catastro nacional de los usuarios del SUS con consecuente emisión de una Tarjeta

³ En 2006 el Ministerio de Salud aprobó la nueva Política Nacional de Atención Básica actualizando las directivas y las normas del PACS y PSF (véase Decreto No. 648/GM del 28 de marzo de 2006).

⁴ La PPI es un proceso instituido en el ámbito del SUS donde, en consonancia con el proceso de planeamiento a nivel estatal y municipal, se definen y cuantifican las acciones de salud para la población residente en cada territorio geográfico (ver *Ministério da Saúde. Diretrizes para a Programação Pactada e Integrada da Assistência à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*. Brasília, 2006).

⁵ En 2011 el Ministerio de Salud definió y actualizó los montos a ser transferidos a los municipios para financiar la organización y cobertura de la Atención Básica (véase Portarías No 1.599 y 1.602 de 9 de julio de 2011)

⁶ *Ministério de Saúde, Atenção Básica, Saúde da Família*.

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> acceso 28 de junio de 2011.

Nacional de Salud (*Cartão SUS*). Esta acción permitirá vincular cada usuario a su domicilio de residencia y obtener una mayor eficiencia en la realización de las acciones de salud individual y colectiva.

- 1.8 El impacto del PSF sobre la mortalidad infantil fue evaluado utilizando datos longitudinales agregados a nivel de las 557 micro-regiones brasileñas por el periodo 1999-2004⁷. La evaluación indica que, controlando por variables de acceso a los servicios de salud (número de médicos y camas hospitalarias) y otras variables socio-económicas (pobreza, educación, etc.) un aumento de 10 puntos porcentuales en la cobertura del PSF está asociada con una reducción de 0,45% de la mortalidad infantil, 0,6% de la mortalidad post-neonatal y de 1% de mortalidad diarreica.
- 1.9 Brasil implementó en la última década una política de salud mental muy innovadora centrada en la de-institucionalización (eliminación progresiva de internación en instituciones psiquiátricas), paralelamente a la expansión de la provisión de servicios de salud mental ambulatorios en comunidad a través de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y de los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTs). Los CAPS son unidades de salud mental especializadas que atienden personas con intenso sufrimiento psíquico en los diferentes momentos y modalidades de sus necesidades. Los CAPS pueden ser dirigidos a atender jóvenes, adolescentes y adultos con trastornos mentales y personas que hacen uso nocivo de alcohol y drogas. Usualmente los CAPS funcionan las 24 horas y tienen disponibilidad de camas de retaguardia. Los SRT son hogares o residencias para el cuidado de hasta ocho pacientes con trastornos mentales que acaban de salir de los hospitales psiquiátricos donde permanecieron hospitalizados por un largo período de tiempo, que no puedan regresar a sus familias o no tienen un apoyo social adecuado para su integración en la sociedad⁸.
- 1.10 **El sistema de salud del Municipio de São Bernardo do Campo (MSBC)**⁹. Se estima que cerca del 70% de la población de SBC es usuaria de servicios de salud financiados por el SUS y que el número de habitantes con plan de salud privado disminuyó 31% desde 2000. Este cambio llevó a un crecimiento en la demanda de servicios públicos del SUS¹⁰.
- 1.11 El MSBC muestra un desarrollo limitado, comparativamente a otros municipios de Brasil, en la implementación de los modelos innovadores de atención primaria en salud. Solamente 54,4% de la población del MSBC está cubierta por el PACS y unos 19,1% cuenta con un equipo del PSF, lo que refleja el resultado de una inversión en salud históricamente desbalanceada a favor de la atención secundaria y especializada.

⁷ Macinko J. et al. (2007). *Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Social Science and Medicine Vol. 65. pp. 2070-80.*

⁸ Véase “*Mental Health System in Brazil*”, WHO/PAHO, Country Office, Brazil, 2007.

⁹ Véase Enlace Electrónico para más información relacionada a SBC.

¹⁰ Véase “*A Análise do Sistema Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo*”. Documento elaborado por la consultora Maria Emi Shimazaki y “*São Bernardo do Campo: definição do seu modelo de atenção à saúde, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde*”, documento elaborado por la consultora Maria José Evangelista.

Esos problemas se reflejan en los diversos indicadores de atención a la salud: solamente 20% de las personas que necesitan de tratamiento para tuberculosis son identificadas por el sistema. De la misma forma, menos de 20% de los que se supone que sufren de hipertensión y diabetes fueron identificados para diagnóstico y tratamiento, lo que contribuye al aumento de las tasas de hospitalización y de muerte prematura (con menos de 60 años de edad) ¹¹.

- 1.12 En relación a la infraestructura para brindar atención primaria se observa que el municipio cuenta con 32 Unidades Básicas de Salud (UBS), que es un número insuficiente, considerando que los parámetros del MS estiman que en base a la población atendida el municipio debería disponer de 65 UBS. Los servicios de salud mental ofrecidos en el MSBC son también insuficientes. La municipalidad cuenta con cuatro CAPS (incluyendo uno de salud mental infantil), cuando el MS recomienda un CAPS por 100 mil habitantes.
- 1.13 La Secretaría de Salud del MSBC también muestra deficiencias en organizar y gestionar de forma eficaz la red de servicios de salud para hacer frente a la demanda creciente de los usuarios del SUS. Por ejemplo, los servicios de emergencia se han convertido en la puerta de entrada al sistema, como se evidencia al observarse que las consultas realizadas en los centros de pronta-atención y emergencia son cinco veces más de lo recomendado por los parámetros del MS, mientras las consultas efectuadas en las UBS están por debajo de lo recomendado por el Ministerio ¹².
- 1.14 Esta situación es el resultado de la deficiente implementación del modelo de atención básica con inversiones insuficientes en Atención Primaria de Salud por la municipalidad, además de equivocaciones en la aplicación del catastro del SUS que no ha adscrito a la población a los equipos de atención básica, perjudicando las actividades de prevención y promoción, así como del error logístico de ubicar los centros de pronta-atención y emergencia en proximidad de UBS, lo que genera distorsiones en el flujo de usuarios.
- 1.15 **Justificación del programa.** El programa del BID apoyará la implementación y expansión de la Política Nacional de Atención Básica y de Humanización del SUS ¹³ en el MSBC, apoyando el fortalecimiento del sistema de salud municipal centrado en la Atención Primaria de Salud, lo que facilitará la comunicación entre los centros de atención de salud integral y formar una red de servicios de salud. El modelo a ser impulsado será una combinación entre unidades básicas de salud tradicionales y unidades de salud de la familia y agentes de salud comunitarios en las zonas más pobres. El modelo de salud de la familia utiliza equipos multidisciplinarios de profesionales de salud, incluyendo médicos, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas y también agentes comunitarios de salud que realizan visitas

¹¹ *Ibíd.*

¹² *Ibíd.*

¹³ La Política Nacional de Humanización del SUS, aprobada por el Ministerio de Salud en 2004, está centrada en el concepto de una forma de asistencia que valoriza el reconocimiento de los derechos de los pacientes y de su subjetividad e identidad cultural.

domiciliaria y acompañan a los pacientes en su local de residencia. Diversas evaluaciones han indicado los resultados positivos de este modelo de atención¹⁴. Se espera que el fortalecimiento del sistema de atención básica permita reducir las tasas de internación hospitalaria por complicaciones de condiciones crónicas que deben ser tratadas en el nivel primario de atención, como por ejemplo internación hospitalaria por diabetes mellitus y sus complicaciones, y accidente vascular cerebral¹⁵.

- 1.16 La operación se alinea con la actualización de la Estrategia del Banco en Brasil (GN-2570) y se encuentra incorporada en el Programa de Operaciones 2011-OPR (GN-2617). Entre sus objetivos estratégicos se incluye el fortalecimiento del SUS, a través del apoyo a municipios y estados en la ampliación de oferta de servicios preventivos y manejo constante de enfermedades crónicas. Asimismo, está en línea con el GCI-9 y contribuye a los resultados esperados en “Individuos recibiendo un paquete de servicios básicos de salud”. El préstamo al MSBC será el primero del Banco en el sector salud a una municipalidad y por tanto, será una importante oportunidad de aprendizaje para el diseño de programas futuros a ese nivel de gobierno.

B. Objetivos, componentes y costos

- 1.17 **Objetivos.** El objetivo del programa es de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población del Municipio de São Bernardo do Campo (MSBC), por medio del fortalecimiento del sistema de salud municipal con énfasis en la expansión y reorganización de la atención básica a la salud.
- 1.18 Los objetivos específicos del programa consisten en: (i) fortalecer la capacidad de gestión de la Secretaria de Salud (SS) del MSBC; y (ii) fortalecer la red municipal de servicios de atención básica de salud.
- 1.19 **Estructura del programa.** El programa comprende los siguientes componentes:
- 1.20 **Componente 1: Expansión y fortalecimiento de la atención básica a la salud.** El objetivo del componente es fortalecer la capacidad resolutive del sistema de atención a la salud municipal y expandir la Política Nacional de Atención Básica del Sistema Único de Salud (SUS). Para lograr este objetivo se prevé financiar los siguientes tipos de inversión: (i) obras de infraestructura para la expansión de la red de Unidades Básicas de Salud (UBS), de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y del servicio

¹⁴ Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. *The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007*. Am J Public Health. 2011 Feb 17.; Guanais FC, Macinko J. *The health effects of decentralizing primary care in Brazil*. Health Aff (Millwood). 2009 Jul-Aug;28(4):1127-35.; Guanais F, Macinko J. *Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil*. J Ambul Care Manage. 2009 Apr-Jun;32(2):115-22.; Macinko J, Marinho de Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simões CC. *Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004*. Soc Sci Med. 2007 Nov;65(10):2070-80.; Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002*. J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9.

¹⁵ Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Luire N, et al. *Preventable Hospitalizations and Access to Health Care*. JAMA 1995;274:305-11.

materno-infantil del Hospital Universitario Municipal (HMU); y (ii) adquisición de equipamientos médicos y mobiliarios para las UBS, para los CAPS y para el servicio materno-infantil del HMU.

- 1.21 **Componente 2: Fortalecimiento de la Gestión la Secretaría de Salud.** El objetivo del componente es fortalecer la capacidad de gestión de la Secretaria de Salud del MSBC. Para alcanzar este objetivo se prevé financiar inversiones en las siguientes áreas: (i) contratación de asistencia técnica y servicios para el desarrollo de acciones de educación permanente para gestores y profesionales de salud; y (ii) contratación de asistencia técnica, adquisición de *software* y *hardware* para mejorar el sistema de información en salud.
- 1.22 **Componente 3 – Administración del programa.** Con los recursos asignados a este componente serán contratados servicios para la administración general, evaluaciones y auditoría financiera externa del programa.
- 1.23 **El costo total del programa** es estimado en el monto equivalente a US\$43.200.000, siendo US\$21.600.000 de financiamiento y US\$21.600.000 de contrapartida local, conforme indicado en el cuadro abajo:

Cuadro 1. Costos del programa (en miles de US\$)

	BID	Local	Total	%
1 – Componente 1: Expansión y fortalecimiento de la atención básica	14.532,2	15.194,8	29.727,0	69
2 – Componente 2: Fortalecimiento de la Gestión de la Secretaría de Salud	6.008,0	4.300,0	10.308,0	24
3. Administración del programa	1.059,8	805,2	1.865,0	4
Total Componentes	21.600,0	20.300,0	41.900,0	97
Imprevistos		1.300,0	1.300,0	3
TOTAL GENERAL	21.600,0	21.600,0	43.200,0	100

*Los costos financieros serán pagos por el prestatario con recursos propios, fuera del programa

C. Marco de Resultados con indicadores clave

- 1.24 El programa utilizará datos del sistema de monitoreo y evaluación de la Secretaría de Salud organizando y sistematizando la información relevante presente en las varias bases de datos existentes – Sistema de Información Ambulatoria (SIASUS), Sistema de Información Hospitalaria (SIHSUS), Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), así como datos de encuestas nacionales (*Pesquisa Nacional de Amostra de Domicilios-PNAD*), con la finalidad de monitorear los cambios en los indicadores incorporados en el Marco de Resultados. Los indicadores seleccionados para el programa están mencionados en el Anexo II, Marco de Resultados.

II. ESTRUCTURA FINANCIERA Y RIESGOS PRINCIPALES

A. Instrumento de financiamiento

- 2.1 **Préstamo de inversión.** Considerando las características del programa, cuyo financiamiento se concentrará en una alta proporción en inversiones en infraestructura, y que el Organismo Ejecutor no cuenta con experiencia previa de trabajo con el Banco, se ha considerado que el instrumento financiero más adecuado para esta operación es el de préstamo de inversión.
- 2.2 El período de desembolso es de 4 años y 6 meses y el plazo para iniciar la construcción de obras es de 4 años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo.
- 2.3 El Cuadro 2 presenta el calendario de desembolsos de los recursos del programa:

Cuadro 2. Flujo de desembolsos (en miles de US\$)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
BID	5,799	8,412	4,996	2,393	21,600
Local	3,734	5,253	8,225	4,388	21,600
Total	9,533	13,665	13,220	6,782	43,200
% Anual	11%	16%	15%	8%	100%

B. Salvaguardias, riesgos y medidas de mitigación en materia ambiental y social

- 2.4 El Comité de Revisión de Medio Ambiente e Impacto Social (ESR) clasificó al programa como categoría C. El programa presenta algunos impactos negativos potenciales en el caso que los Residuos Sólidos de Salud (RSS) producidos en la infraestructura de salud a ser construida, llegaran sin tratamiento alguno directamente al medio ambiente (suelo o curso de agua), por efecto de la carga de materia orgánica y la presencia de patógenos y tóxicos persistentes. Para evitar impactos negativos al medio ambiente y asegurar impactos sociales positivos, los recursos del financiamiento serán utilizados de conformidad con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), la Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (OP-765) del Banco, y las regulaciones ambientales y sociales brasileras.
- 2.5 En Brasil, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y el Consejo Nacional de Medio ambiente (CONAMA) disponen en relación al manejo interno y externo de los residuos sanitarios. En particular, las resoluciones RDC ANVISA No. 306/04 y CONAMA No. 358/05 disponen que cada generador debe elaborar e

implementar un Plan para Gerenciar los Residuos Sólidos Sanitarios (PGRSS)¹⁶ cuya aprobación por parte de la Secretaría Estatal de Medio Ambiente es un requerimiento para su licenciamiento.

- 2.6 Por cada obra e infraestructura médica incluida en el programa, el organismo ejecutor elaborará e implementará un PGRSS según los criterios técnicos y procedimientos nacionales necesarios para identificar, evaluar, prevenir y mitigar los potenciales impactos negativos, cumpliendo así con las regulaciones ambientales y sociales nacionales. Asimismo, durante la implementación del presente programa el organismo ejecutor, cumplirá, entre otras condiciones y, según corresponda, con la obligación de proporcionar todos los informes e información sobre el monitoreo ambiental en relación al manejo integral de residuos sólidos. Así, el manejo de los RSS se hará de acuerdo a la legislación vigente y los impactos negativos serán leves, locales y de carácter transitorio. Como condición especial de ejecución, previo a la licitación de obras, el prestatario presentará, a satisfacción del Banco, evidencia del cumplimiento de la legislación nacional de medio ambiente.

C. Riesgo fiduciario

- 2.7 Durante la preparación de la operación se utilizó el Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) del Banco, para evaluar la administración financiera de la SMS y de la Fundación ABC (FUABC). Esta evaluación arrojó que la capacidad complementaria de los sistemas de ambas entidades alcanza un nivel de calificación general de 75,3%, lo que significa que esta operación tiene riesgo fiduciario bajo (ver enlace)¹⁷. Específicamente, la evaluación del Subsistema de Administración Financiera (SAF), alcanza una calificación de 76,5%, que indica un nivel de Desarrollo Medio (MD) y un Riesgo Medio (RM) para la ejecución del programa.
- 2.8 La MSBC cuenta con sistemas de administración financiera y presupuestaria que necesitan adaptaciones mínimas para satisfacer las necesidades de gestión del programa (ORCOM, SIGOM y SADIG). El sistema ORCOM, centralizado en la Secretaría de Finanzas del MSBC, sirve como el sistema de planificación y ejecución presupuestaria de la municipalidad. El sistema SIGOM funciona de manera descentralizada en todas las secretarías municipales, prestando asistencia a las actividades de planificación presupuestarias de las entidades municipales. El SADIG está implantado en la Secretaría de Finanzas y puede ser adaptado para producir los informes de gestión necesarios para la ejecución del programa, ya que tiene la capacidad para acceder a todos los datos almacenados en el ORCOM,

¹⁶ El PGRSS es un documento que identifica y describe las acciones relativas a la gestión de los residuos sólidos, en base a sus características y riesgos potenciales, incluidos los aspectos relacionados con la generación, separación, envasado, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final, así como las acciones para proteger la salud de los usuarios y trabajadores, y el medio ambiente. Véase: “*Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*”. Ministério da Saúde, ANVISA, 2006.

¹⁷ Véase Informe Final de la consultoría “Análisis Institucional” disponible en el archivo técnico de SCL/SPH.

que supervisa la ejecución presupuestaria general del municipio. Además, hay un sistema de información contable y financiera centralizada en la Secretaría de Finanzas que permite identificar las transacciones financieras que serán registradas a cargo del programa. Entonces, la Secretaría de Finanzas tendrá importante papel en el apoyo a la UCP en la gestión del programa. Finalmente, hay personal calificado operando los sistemas financieros (ORCOM, SIGOM y SADIG) tanto de la SMS como en la *Fundação do ABC* (FUABC).

D. Otros temas y riesgos

- 2.9 **Ciclo político.** En octubre de 2012 se celebrarán elecciones municipales en el país, y las nuevas autoridades asumirán en enero de 2013, cuando se espera contar con una ejecución avanzada del programa. El prestatario y el Banco han acordado mantener una estrecha comunicación y transparencia en las informaciones de ejecución del programa para asegurar continuidad en las acciones establecidas. En la literatura de salud pública el papel central de la atención primaria tal como planteado por el Programa es consensual, pero el diálogo cercano del Banco con las autoridades municipales debe reforzar este mensaje¹⁸. Durante la transición política se enviará una misión del Banco con el objetivo de asegurar el traspaso de información a las nuevas autoridades municipales.
- 2.10 **Capacidad de ejecución.** La aplicación de la metodología SECI al organismo ejecutor y a la FUABC indicó un nivel de Desarrollo Medio (MD) y un Riesgo Medio (RM) para la ejecución del programa (ver enlace). Específicamente, con relación a la capacidad de programación y organización (CPO), compuesta por los subsistemas Sistema de Planeamiento (SPA) y Sistema de Organización Administrativa (SOA), se encuentra un nivel de desarrollo inicial (ID) para el SPA, principalmente porque el organismo ejecutor todavía no formalizó la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) y un nivel de desarrollo suficiente para el SOA.
- 2.11 Con relación a la Capacidad de Ejecución (CE), que representa las habilidades para desarrollar procesos de planeamiento y determinar responsabilidades para administrar los recursos se observó que el Sistema de Administración del Personal (SAP) está suficientemente desarrollado, así como el sistema de administración de bienes y servicios (SAB). Finalmente, el análisis indicó un nivel de desarrollo y riesgo medio con relación a la Capacidad de Control (CC), tanto en relación al Subsistema de Control Interno (SCI) como con relación al Subsistema de Control Externo (SCE).
- 2.12 Finalmente, se desarrolló un Plan de Fortalecimiento Institucional (véase enlace) que propone acciones para minimizar o eliminar totalmente los riesgos relacionados a cada fragilidad identificada, y así establecer las condiciones mínimas para la ejecución satisfactoria del programa.

¹⁸ *Pan-American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas.* Washington, DC: PAHO, 2007.

- 2.13 Sostenibilidad financiera. El análisis de la ejecución presupuestaria del periodo 2003-2007 y de las proyecciones financieras realizadas, además de la documentación presentada al Tesoro Nacional de Brasil, indica que el municipio de SBC cumple plenamente con los requisitos establecidos en la Ley de Responsabilidad Fiscal y que tendrá fondos suficientes para atender a la contrapartida local y repagar la deuda contraída con el Banco (Véase Informe Final de la consultoría “Análisis Institucional” disponible en el archivo técnico de SCL/SPH).

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN¹⁹

A. Resumen del esquema de ejecución

- 3.1 **Prestatario, organismo ejecutor y garante.** El Prestatario será el Municipio de São Bernardo do Campo (MSBC) y el Organismo Ejecutor será su Secretaría de Salud. El Garante de las obligaciones financieras del préstamo será la República Federativa del Brasil.
- 3.2 **El modelo de ejecución** del programa está basado en la creación de una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) subordinada directamente a la SS, cuyas funciones principales serán: (i) la administración general y financiera del programa asegurando el manejo eficiente de sus recursos; (ii) la planificación de la ejecución del programa, incluyendo la preparación y implementación de los POA; (iii) el monitoreo de avances del programa y el cumplimiento de las metas preestablecidas; (iv) la planificación y monitoreo de los procesos de adquisiciones de bienes, servicios y obras, asegurando su conformidad con las Políticas de Adquisiciones del Banco; (v) la preparación y tramitación de los pagos correspondientes a los contratistas, proveedor y consultores; (vi) el mantenimiento de un sistema contable y financiero adecuado para registrar las transacciones financieras efectuadas utilizando los recursos del programa; (vii) la preparación de los estados financieros del programa y la tramitación de las solicitudes de reposición del Fondo Rotatorio; y (viii) la presentación de facturas comprobatorias de los gastos incurridos.
- 3.3 La estructura de la UCP y los perfiles del personal clave estarán definidos en el Reglamento Operativo del programa. Se prevé, como mínimo, una administración/coordiación general y sus siguientes gerencias: (i) gerencia

¹⁹ Los aspectos operativos de esta Propuesta de Préstamo reflejan las políticas aplicables del Banco, que estaban en vigencia cuando la operación fue analizada y el contrato de préstamo correspondiente fue preparado y negociado, respectivamente en 2008 y 2010 (cuando el Prestatario obtuvo todas las aprobaciones necesarias del Garante para tal, se formalizó el cierre de la negociación en enero de 2011). Asimismo, la aplicación de las políticas GN-2349-7 y GN-2350-7 para esta operación es consistente con el modo que la Administración ha informado al Directorio Ejecutivo que la Administración está aplicando las nuevas políticas de adquisiciones. Por tanto, se propone la aplicación de estos aspectos operativos para la ejecución de este préstamo de inversión, de forma consistente con casos similares.

administrativa y financiera; (ii) gerencia de monitoreo y evaluación; y (iii) gerencia de planeamiento, control y adquisiciones. **La formalización a través de un Decreto Municipal de la UCP será una condición contractual previa al primer desembolso.**

- 3.4 La Secretaría de Finanzas del MSBC apoyará el organismo ejecutor en adaptar los sistemas presupuestarios y financieros del prestatario a las necesidades del programa (¶2.8). El Reglamento Operativo del programa definirá en mayor detalle las actividades del programa y las responsabilidades de las entidades participantes. **La entrada en vigencia del Reglamento Operativo será una condición contractual previa al primer desembolso.**

B. Adquisiciones

- 3.5 El organismo ejecutor adquirirá los bienes y contratará las obras de acuerdo a las políticas del Banco. Los procedimientos aplicables para cada tipo de adquisición, en conformidad con las “Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID” (GN-2349-7) y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID” (GN-2350-7)²⁰ son resumidos en el Cuadro 3. La supervisión por parte del Banco de las adquisiciones de bienes y obras que se realicen con recursos del programa, se llevarán a cabo *ex ante*, conforme a lo estipulado en el Apéndice I de GN-2349-7 y GN-2350-7 durante el primer año de ejecución del programa independiente de su monto.

Cuadro 3. Procedimientos de adquisiciones

Categoría de Inversión	Monto Límite (en US\$ miles)	Procedimiento de Adquisición
Obras	Mayor o igual a 25.000 Mayor o igual a 500 y menor a 25.000 Menor a 500	Licitación Pública Internacional Licitación Pública Nacional Comparación de Precios
Bienes	Mayor o igual a 5.000 Mayor o igual a 100 y menor a 5.000 Menor a 100	Licitación Pública Internacional Licitación Pública Nacional Comparación de Precios
Servicios de Consultoría	Mayor o igual a 200 Mayor o igual a 1.000 Menor a 1.000	Anuncio internacional Lista corta con amplia representación geográfica Lista corta podrá ser constituida por consultores brasileros.

- 3.6 **Reconocimiento de gastos previos.** El Banco podrá reconocer hasta un monto equivalente de US\$10 millones con cargo a la contrapartida por gastos incurridos con actividades que se enmarcan en el Componente 1, que hayan empleado requisitos equivalentes a los establecidos en el Contrato de Préstamo y siempre que las mismas hayan sido realizadas entre el 31 de enero de 2008, la fecha de entrada del proyecto a la cartera de préstamos (pipeline), y la aprobación del préstamo por el Directorio del Banco pero no más de 18 meses anteriores a dicha fecha de aprobación.

²⁰ Ver pie de página 19 arriba.

- 3.7 **Fondo rotatorio.** El fondo rotatorio será equivalente al 10% del monto total del financiamiento²¹.
- 3.8 **Auditoría externa.** Durante todo el período de ejecución del programa la SS-UCP, presentará al Banco los estados financieros anuales consolidados del programa, debidamente auditados por una firma auditora independiente seleccionada y contratada de acuerdo a los procedimientos del Banco o por el Tribunal de Cuentas del Estado de São Paulo caso este venga a ser acreditado por el Banco.

C. Resumen del esquema de monitoreo y evaluación

- 3.9 Los informes semestrales de seguimiento del programa, preparado por la UCP, deberán incluir los resultados alcanzados en la ejecución del POA y del PA, relativos al monitoreo de los procesos de ejecución y de solicitud y liberación de desembolsos. El informe de progreso correspondiente al segundo semestre de cada año calendario deberá presentar una síntesis de los resultados (parciales y totales, cuando sea el caso), alcanzados por componentes y sub-componentes, analizando aún los riesgos del programa debiendo presentar también una visión consolidada de las dificultades y lecciones aprendidas, así como conclusiones y recomendaciones destinadas a retroalimentar el programa. Adicionalmente, el informe correspondiente al segundo semestre deberá incluir el Plan de Operaciones Anual para el año que se inicia, incluyendo el Plan de Adquisiciones actualizado.
- 3.10 Adicionalmente, se realizarán dos evaluaciones externas e independientes. El presupuesto del programa cuenta con fondos de US\$50.000 para la contratación de los dos estudios de evaluación (intermedia y final).
- 3.11 La primera evaluación se realizará una vez que haya transcurrido la mitad del tiempo previsto de desembolsos o comprometido el 50% de los recursos del programa (lo que ocurra primero). Una vez comprometido el 80% de los recursos del programa, se contratará la evaluación final del programa. Aprovechándose de la disponibilidad de datos de los sistemas de información mantenidos por el Ministerio de Salud del Gobierno de Brasil, se propone que en la evaluación final se cuantifiquen los resultados de salud que están asociados a las inversiones realizadas en el municipio de São Bernardo do Campos para el fortalecimiento de la atención primaria en la salud de los niños y adultos, por intermedio de una evaluación antes y después.
- 3.12 Se reconoce las limitaciones existentes en la utilización de dicho método, una vez que es posible que eventuales mejorías en los indicadores de salud de forma simultánea a la intervención sean generadas por otros factores de confusión que ocurran de forma simultánea a la implementación del programa. Como una forma de mitigar la amenaza de validez del estudio representada por la posibilidad de interferencia de factores de confusión, se construirá una línea de tendencia con

²¹ Ver pie de página 19 arriba.

respecto a los indicadores de salud en una serie de por lo menos cinco años. Aunque esto no sea suficiente para tener certeza de que las eventuales mejorías sean atribuibles al programa financiado por el Banco, por lo menos se podrá verificar si la intervención pudo cambiar la tendencia que estaba siendo anteriormente observada.

D. Actividades significativas de diseño después de la aprobación

- 3.13 Están previstas las siguientes actividades para finalizar la preparación del programa, después de la aprobación de la Propuesta de Préstamo:
- a. Finalizar el Plan de Adquisiciones y el Plan Operativo para el primer año de ejecución de la operación; y
 - b. Finalizar el Reglamento Operativo del programa.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	La intervención contribuye a la reducción de la pobreza y mejoramiento de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a i) Tasa de mortalidad materna, ii) Tasa de Mortalidad Infantil y, iii) Porcentaje de niños menores de 5 años cuyo nacimiento ha sido registrado.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	La intervención contribuye a los productos del Banco: i) Personas que se benefician de un paquete básico de salud, y ii) Gobiernos municipales y otros gobiernos subnacionales que reciben apoyo.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2570	La operación contribuye al fortalecimiento del Sistema Único de Salud, a través del apoyo a municipios y estados en la ampliación de oferta de servicios preventivos y manejo constante de enfermedades crónicas.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2617	El proyecto está incluido en el Documento de Programación del País 2011.	
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)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	6.4		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	5.9	25%	10
4. Análisis económico ex ante	7.0	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	5.4	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	7.5	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C		
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Si	Administración Financiera: Tesorería, Presupuesto y Contabilidad y Emisión de Informes. Adquisiciones: Métodos de Compra, y Contratación de Consultores Individuales.	
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			
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			
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.			

Este proyecto es un préstamo de inversión para la Municipalidad de Sao Bernardo do Campo en Brasil. Está financiado con recursos de capital ordinario por US\$21.6 millones y con recursos de contrapartida local por US\$21.6 millones. Se espera que el proyecto tenga una segunda fase por el mismo valor.

El objetivo del proyecto es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población de Sao Bernardo do Campo, a través del fortalecimiento del sistema de salud municipal, en particular en lo referente a la atención básica. Se espera que el proyecto mejore los índices de mortalidad materna e infantil, y que incremente el registro de niños menores de cinco años de edad. El proyecto va a aumentar la cantidad de individuos que recibe un paquete básico de salud.

El diagnóstico presentado en la propuesta de préstamo define las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno en la provisión de servicios básicos de salud en Brasil e indica que los gobiernos municipales están a cargo de los servicios primarios. El documento explica los programas que ha implementado el gobierno nacional en años recientes para expandir la cobertura en servicios básicos a nivel de la comunidad y la familia, y cita evidencia de resultados positivos en indicadores de mortalidad infantil. El diagnóstico presenta algunas estadísticas sobre el mal desempeño de Sao Bernardo do Campo en materia de cobertura de servicios de salud en comparación con la media nacional. Sin embargo, el documento no presenta una explicación clara y basada en evidencia de las causas de este problema. El proyecto propone apoyar a Sao Bernardo do Campo en la expansión de los servicios básicos de salud a nivel de la comunidad y la familia, con inversiones en infraestructura, equipamiento y asistencia técnica (educación y sistemas).

Se realizó un análisis económico del proyecto. Si bien el proyecto no contempla una evaluación de impacto rigurosa, se utilizarán sistemas de información existentes para hacer una evaluación retrospectiva. La Matriz de Resultados del proyecto tienen indicadores SMART de impactos y resultados, mas no de productos. La Matriz de Riesgo del proyecto identifica posibles dificultades en la implementación, así como medidas de mitigación. Sin embargo, no hay indicadores adecuados de dichas medidas de mitigación.

MARCO DE RESULTADOS

Objetivo del Programa	Contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población de São Bernardo do Campo (SBC), implementando un nuevo modelo de salud municipal centrado en la estrategia de atención básica de salud.
------------------------------	--

Indicadores de resultado	Línea de Base Ano 2010	Meta intermedia Ano 2012	Meta Final Ano 2014	Observación
% de nacidos vivos de madres residentes en SBC con 7 o más consultas prenatales.	79,26%	80%	80%	(número de nacidos vivos de madres residentes en SBC con 7 o más consultas prenatales / número de nacidos vivos) x 100; Bases de datos: SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas).
Tasa de internación hospitalaria por diabetes mellitus y sus complicaciones en la población de 30 años o más de edad residente en SBC.	17,11 (por 10.000)	15,00 (por 10.000)	12,00 (por 10.000)	(número de internaciones hospitalarias por diabetes mellitus y sus complicaciones en la población residente en SBC con 30 o más años de edad / población de SBC con 30 años o más) x 10.000; Bases de datos: SIHSUS (Sistema de Informação Hospitalar) e IBGE.
Tasa de internación hospitalaria por accidente vascular cerebral en la población de 40 años o más de edad residente en SBC.	18,97 (por 10.000)	17,00 (por 10.000)	15,00 (por 10.000)	(número de internaciones hospitalarias por accidente vascular cerebral en la población residente en SBC con 40 o más años de edad / población de SBC con 40 años o más) x 10.000; Bases de datos: SIHSUS (Sistema de Informação Hospitalar) e IBGE.

Componente I: Expansión y fortalecimiento de la atención básica	Línea de Base Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Observación
Productos						
Número de Unidades Básicas de Salud (UBS) existentes en SBC.	32	32	34	35	35	Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud.

Componente I: Expansión y fortalecimiento de la atención básica	Línea de Base Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Observación
Número de CAPS implantados en SBC.	4	4	6	8	8	Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud.
Promedio anual de consultas en las especialidades básicas por habitante.	1,98	2,2	2,5	2,8	3,0	(número de consultas en las especialidades básicas (clínica médica, pediatría, ginecología y obstetricia) por año) / (población de SBC). El patrón definido por el Ministerio de Salud está entre 2 y 3 consultas de especialidades básicas por habitante por año; Bases de datos: SIASUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e IBGE.
Resultados						
Tasa de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF).	19,1%	31,1%	50%	50%	50%	(población atendida por equipos del ESF / (población total del municipio) x 100. SBC tiene como meta tener cobertura del PSF para 50% de la población total del municipio. Bases de datos: SIAB)(*Población estimada – DAB/MS).
Tasa de cobertura del PACS.	54,45%	92,68%	100%	100%	100%	(población atendida por equipos del PACS / (población total del municipio) x 100. SBC tiene como meta tener cobertura entre ESF y del PACS del 100% de la población total del municipio o aproximadamente 71% de la población SUS dependiente; Bases de datos: SIAB, IBGE, Informação da Atenção Básica)(*Población estimada – DAB/MS).

Componente II: Fortalecimiento de la Secretaría Municipal de Salud	Línea de Base Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Observación
Productos						
Numero de ACS capacitados.	60%	90%	100%	100%	100%	Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud
% de UBS informatizadas con agendamento electrónico integrado a la red de atención a la salud de SBC.	70%	85%	100%	100%	100%	Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud.
Número de profesionales del sector salud capacitados en gestión de servicios de salud.	185	185	250	200	150	(metas de capacitación del Plan Municipal de Salud 2009-2012 monitoreadas por la Secretaría Municipal de Salud / número de profesionales definidas por el Plan Municipal de Salud 2009-2012) x 100; Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud.
Resultados						
% de las consultas médicas especializadas marcadas y de las consultas realizadas.	79%	85%	90%	95%	100%	(número de consultas realizadas a través del sistema de agendamento) / (total de consultas pre marcadas); Base de datos: Consultas realizadas – SIA SUS municipal / Consultas agendadas – Hygia
% de UBS con planes de gestión integrada con el PACS.	100%	100%	100%	100%	100%	Base de datos: registros administrativos de la Secretaría Municipal de Salud.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Brasil

PROYECTO N°: Programa de Modernización y Humanización de la Salud

ORGANISMO EJECUTOR: Município de São Bernardo do Campo (MSBC)

PREPARADO POR: Marilia Santos (Esp. Adquisiciones) y José Luis Vazquez (Esp. Financiero)

I. Resumen ejecutivo

La evaluación de la gestión fiduciaria fue realizada en base de un análisis institucional del MSBC, del taller de riesgos con el personal de todas las Entidades participantes y reuniones con el equipo de Proyecto y personal clave de la prefectura. Adicionalmente, se ha considerado la experiencia del Banco trabajando con proyectos similares.

Teniendo en cuenta la evaluación practicada sobre el MSBC, se han elaborado los acuerdos fiduciarios tanto en materia de adquisiciones como de administración financiera que se aplicarán para la ejecución del proyecto.

Asimismo, para el establecimiento de los acuerdos fiduciarios se han tenido en cuenta el contexto fiduciario del país y del MSBC, los cuales en párrafos posteriores resumen los puntos más desatcados.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

El prestatario será el MSBC. La República Federativa de Brasil será el garante de la operación. El ejecutor será el MSBC a través de su Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud constituirá una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) compuesta por un equipo básico conformado por el coordinador del programa, quien será el interlocutor y responsable ante el Banco. La estructura de la UCP y los perfiles del personal claves estarán definidos en el Reglamento Operativo del programa. De manera preliminar se contempla una administración/coordinación general y gerencias: (i) gerencia administrativa y financiera; (ii) gerencia de monitoreo y evaluación; y (iii) gerencia de planeamiento, control y adquisiciones.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

El análisis de riesgo realizado permitió concluir que el proyecto es de riesgo moderado. El principal riesgo identificado es la falta de personal calificado para la ejecución del programa. Para mitigar este riesgo, se contratará una la Fundación do ABC (FUABC) para apoyar la UCP en la administración general del programa y para prestar servicios de asistencias técnicas en el desarrollo de acciones de educación permanente dirigidos a los gestores y profesionales de salud. La Matriz de Riesgo del programa indica como riesgos de nivel medio los siguientes: (i) gobernabilidad (referente a cambios en la administración municipal previsto para el año 2012). Este será mitigado por la formalización de los compromiso asumidos por la municipalidad junto al Banco y al Gobierno Federal de implementar el programa según los convenios firmados; (ii) fiduciarios (falta de experiencia con el Banco), a ser mitigado con la contratación de la FUABC; y (iii) no cumplimiento de cronogramas. Sin perjuicio de lo indicado y tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde la negociación, una vez que sea aprobada la operación, se procederá conjuntamente con el ejecutor a su actualización bajo metodología de Gestión de Riesgo en Proyectos. En tal sentido se estima que un riesgo que corresponde cautelar deriva del ambiente macroeconómico. En éste, con

aumento de precios, especialmente en la industria de la construcción, simultáneamente con depreciación de la capacidad adquisitiva del dólar, pueden conllevar a desbalances financieros y a procesos de licitaciones fallidos. Consecuentemente, se plantea como acción mitigadora, dar seguimiento continuo al mantenimiento actualizado del costo del proyecto y respectiva suficiencia presupuestal, a fin de que se puedan accionar oportunamente los correctivos viables. Conjuntamente, implementar la incorporación del proyecto en las rutinas y flujos procesales de la Prefectura correspondientes a la formulación presupuestal, compromisos, gastos, pagos, registros y generación de informes financieros. La supervisión de estos aspectos por parte del Banco será intensificada, inicialmente mediante misiones de supervisión anuales que podrán ajustarse, acorde al avance del proyecto e implementación de las medidas mitigadoras.

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

a) Condiciones previas al primer desembolso (si fueran requeridas)

Serán condiciones previas al primer desembolso del programa: (i) la aprobación del decreto de creación de la UCP, el nombramiento oficial del equipo básico de la UCP; (ii) evidencia de que los sistemas informatizados (que en el MSBC son denominados ORCOM, SIGOM y SADIG) fueran adaptados a las necesidades del programa y emite los informes semestrales de ejecución, seguimiento de la Matriz de Resultados, pedidos de desembolsos, justificación de los gastos, estados financieros y demás información requerida; (iii) la entrada en vigencia del Reglamento Operativo.

- b) La MSBC informará al Banco antes de la firma del contrato de préstamo la modalidad de tasa de cambio seleccionada.
- c) El Ejecutor presentará Estados Financieros Anuales del proyecto, auditados por una Firma de Auditores aceptable al Banco, dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio, iniciando con los correspondientes al año en que empiecen los desembolsos del Financiamiento.
- d) Entre los trabajos de auditoría, que se realizarán de conformidad con las Guías vigentes del Banco, se incluirá revisión, que pudiera ser muestral, de los procesos de desembolsos del período y los de adquisiciones si aplicase. Igualmente, los auditores realizarán visitas interinas (con corte al 30JUN de cada ejercicio auditable). Los auditores deberán estar contratados al menos 4 meses antes (31AGO) del primer ejercicio a ser auditados y el ejecutor deberá providenciar mantener la vigencia del cumplimiento, mismo si fuere del caso mediante otro(s) proceso(s) de selección.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

Los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones

- a) **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría:** Las adquisiciones de obras, bienes y servicios relacionados estarán sujetas a las políticas y los procedimientos de licitación del Banco, en conformidad a lo previsto en la GN 2349-7¹. Cuando el costo estimado del contrato de obras

¹ Los aspectos operativos de esta Propuesta de Préstamo reflejan las políticas aplicables del Banco, que estaban en vigencia cuando la operación fue analizada y el contrato de préstamo correspondiente fue preparado y negociado, respectivamente en 2008 y 2010 (cuando el Prestatario obtuvo todas las aprobaciones necesarias del Garante para tal, se formalizó el cierre de la negociación en enero de 2011).

sea mayor o igual a US\$ 25 millones y el costo del contrato de bienes y servicios sea mayor o igual a US\$ 5 millones, dichas adquisiciones estarán sujetas a los procedimientos de Licitación Pública Internacional (LPI). Los contratos de obras y los contratos de bienes y servicios cuyos costos estimados sean, respectivamente, inferiores a US\$ 25 millones y US\$ 5 millones, e iguales o mayores a US\$ 500 mil y US\$ 100 mil, estarán sujetos a los procedimientos de licitación pública nacional. Los contratos de obras y los contratos de bienes cuyos y servicios cuyos costos estimados sean inferiores a US\$ 500 mil y US\$ 100 mil, respectivamente, podrán ser realizados mediante procedimientos de comparación de precios.

Además el Banco podrá reconocer las siguientes modalidades de adquisición previstas en la Ley 10.520 (Pregón Electrónico) a cargo de los recursos del financiamiento: (i) Subasta Electrónica Inversa, utilizando los sistemas aprobados por el Banco para adquisiciones de bienes y servicios de uso común, cuyo costo estimado sea igual o inferior a US\$ 5 millones; (ii) Acta de Registro de Precios, para adquisiciones de bienes y servicios de uso común cuyo costo estimado sea igual o inferior a US\$ 5 millones, y cuyo registro haya sido previamente aceptado por el Banco; y (iii) Subasta Presencial Inversa, para adquisiciones de bienes y servicios de uso común cuyo costo estimado sea inferior a US\$ 100 mil. El Banco podrá en cualquier momento durante el período de ejecución del programa, eliminar la posibilidad de utilización de una o más de las modalidades descritas en este párrafo.

- b) Selección y Contratación de Consultores:** Las Selecciones y Contrataciones de firmas consultoras relacionadas estarán sujetas a las políticas y los procedimientos de licitación del Banco, en conformidad a lo previsto en la GN 2350-7². Todos los contratos de consultoría por un monto equivalente a US\$ 200 mil o más, estarán sujetos a publicidad internacional, en el caso de contratos de consultoría por un monto inferior a US\$ 1 millón, la lista corta puede estar compuesta exclusivamente por consultores nacionales.
- c) La selección de los consultores individuales: Las Selecciones y Contrataciones de** consultores individuales deberán ser hechas con base en el desposto en la sección 5 de las Políticas de Selección y Contratación de Consultorías del Banco GN 2350-7³.
- d) Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo:** El Banco podrá reconocer hasta el monto equivalente de US\$10 millones con cargo a la contrapartida por gastos incurridos con actividades que se enmarcan en los componentes 1 y 2, que hayan empleado requisitos equivalentes a los establecidos en el Contrato de Préstamo y siempre que las mismas hayan sido realizadas entre la fecha de entrada del proyecto a la cartera de préstamos (pipeline) y la aprobación del préstamo por el Directorio del Banco pero no más de 18 meses anteriores a dicha fecha de aprobación.

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

Obras			Bienes ⁴			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
≥ 25.000.000	< 25.000.000 y ≥ 500.000	< 500.000	≥ 5.000.000	< 500.000 y ≥ 100.000	< 100.000	≥ 200.000	< 1.000.000

² Véase nota de pie de página número 1.

³ Véase nota de pie de página número 1.

⁴ Incluye servicios diferentes a la consultoría.

3. Adquisiciones Principales

Las adquisiciones principales, están presentadas en el Plan de Adquisiciones del Programa, apéndice uno de ese documento.

4. Supervisión de Adquisiciones

La supervisión por parte del Banco de las adquisiciones de bienes y obras y las contrataciones de servicios de consultoría que se realicen con recursos del programa, se llevarán a cabo *ex ante*, conforme a lo estipulado en el Apéndice I de GN 2349-7 y GN 2350-7 ⁵ durante el primer año de ejecución del programa. Sobre la base de las revisiones efectuadas *ex ante*, el Banco podría establecer que los demás procesos de contratación de consultoría por montos inferiores a US\$200.000 y de adquisiciones de bienes por montos inferiores a US\$500.000 serían revisados *ex post*.

5. Disposiciones especiales

La UCP deberá actualizar el Plan de Adquisiciones por lo menos semestralmente o conforme lo requiera el Banco para reflejar las necesidades reales de ejecución del Proyecto y el progreso alcanzado.

Se utilizará el sistema COMPRASNET para la adquisición de bienes y la contratación servicios diferentes a consultoría.

6. Registros y Archivos

Los registros y archivos del programa deberán contener como mínimo las siguientes condiciones:

- a) Los expedientes deberán contener documentación original archivada en orden cronológico, la cual estará sellada y foliada correlativamente.
- b) Los archivos deben estar contenidos en un cuarto seguro exclusivo para ese fin, con acceso restringido.
- c) Debe existir un registro de expedientes.

VI. Gestión Financiera

1. Programación y presupuesto

La preparación de la programación anual y presupuesto de financiamiento externo y contrapartida es realizado por la **Secretaría de Finanzas** del MSBC, con base en los requerimientos presentados por las unidades gestoras presupuestales (unidades requisitorias), que apoyará la SMS -UCP. El presupuesto es operado bajo los sistemas presupuestarios y financieros ORCOM, SIGOM y SADIG. La Prefectura deberá prever la internalización en sus rutinas de la incorporación de los requerimientos financieros conforme al cronograma de inversiones vigente.

El Banco reembolsará gastos elegibles del Proyecto de acuerdo a las actividades y categorías de inversión contempladas y ejecutadas en el proyecto, cuya correspondencia a nivel de las líneas presupuestales deberá ser implantada por la Prefectura.

2. Contabilidad y sistemas de información

El Proyecto utilizará los sistemas presupuestarios y financieros ORCOM, SIGOM y SADIG. La Secretaría de Finanzas del MSBC apoyará la SMS-UCP en adaptar los sistemas presupuestarios y financieros (ORCOM, SIGOM y SADIG) a las necesidades del programa, para permitir registrar la contabilidad del Proyecto y

⁵ Véase nota de pie de página número 1.

emitir los informes financieros, incluyendo solicitudes de desembolsos, control del tipo de cambio, estados financieros del Proyecto y otros de acuerdo a los requerimientos del Banco, directamente desde sus sistemas de información. La contabilidad se preparará sobre la base de caja y atendiendo las normas internacionales de contabilidad. Como parte de las condiciones previas generales, el ejecutor deberá presentar al Banco evidencia, en el marco del sistema financiero, contable y de control interno del proyecto, el código de cuentas específico que se aplicará para la administración financiera y contable de la operación. Igualmente de las adecuaciones implantadas en los sistemas de la Prefectura, para permitir generar directamente desde estos, o bien mediante módulos adicionales integrados, los informes financieros requeridos del proyecto precitados, expresados en US\$ dólares y presentados por las categorías de inversión y fuente de financiamiento contempladas en el proyecto y acorde con los modelos vigentes del Banco.

3. Desembolsos y flujo de fondos

El Proyecto utilizará el sistema de tesorería de la **Secretaría de Finanzas**. El gasto se sujeta al proceso de la ejecución presupuestal y financiera, debiendo registrarse en un sistema informatizado los datos relacionados con su formalización en el marco de las normas legales aplicables a cada una de sus etapas: Compromiso, Devengado, Girado y Pagado.

El programa operará con las modalidades de desembolsos del Banco, básicamente Anticipos de Fondos (Fondo Rotatorio) ⁶. Estos se constituirán de acuerdo con los requerimientos del flujo de caja del proyecto, estimados por el ejecutor conforme a la proyección de pagos previstos por compromisos formalizados en conocimiento del Banco (Código PRISM, o equivalente) y que deberán estar en consistencia con el POA y el Plan de Adquisiciones.

La UCP presentará al Banco la solicitud de desembolso del anticipo (constitución, o de su renovación plena, parcial o ampliada), conjuntamente con el Plan Financiero y el Flujo de Caja proyectado precitados, para los próximos 120 días. Los desembolsos se justificarán en la próxima solicitud al menos en un 80% o según se acuerde.

La UCP presentará al Banco el plan financiero inicial del Proyecto en el cual se reflejará el cronograma de desembolsos para todo el Proyecto y el mismo podrá actualizarse anualmente, o cuando resulte necesario.

La revisión de la documentación soporte de los gastos y pagos efectuados será realizada a posteriori, mediante revisión de los auditores externos, como parte de los Estados Financieros Auditados del Proyecto.

Previo al primer desembolso el ejecutor notificará al Banco la información bancaria (ruta bancaria) para procesar los desembolsos. Igualmente informará, como condición previa general correspondiente al sistema financiero contable y de control interno del proyecto, el esquema de cuentas bancarias contemplado (por ejemplo: BID; General de la Prefectura = Aporte Local; Cuenta Operativa = Pagadora).

4. Control Interno y Auditoría Interna

El ambiente de control y el monitoreo de las actividades del MSBC son realizadas por el Tribunal de Cuentas del Estado y el Ministerio Público, que fiscalizan a las Secretarías Municipales.

En la condición previa general precitada, la Prefectura deberá presentar detalle de su sistema formal de control interno, identificando el área de la Prefectura que lo ejerce, si aplicase, flujo gramas de procesos, involucrados, disponibilidad de manuales, normativos de procesos, planes de trabajo, etc. En tal oportunidad, explicitará los mecanismos específicos del proyecto. En tal sentido, se requerirá que la UCP

⁶ Véase nota de pie de página número 1.

incluya en el Reglamento Operativo dichos mecanismos de control, para coadyuvar a que operen oportuna y satisfactoriamente.

5. Control Externo e Informes

La Prefectura presenta rendiciones periódicas a su Cámara Legislativa y es objeto de las revisiones del Tribunal de Cuentas. Tales revisiones, sin embargo, no comprenden integralmente al proyecto. Consecuentemente, a los efectos de presentar al Banco Estados Financieros del Proyecto con opinión externa integral, el MSBC deberá contratar por lo menos 4 meses antes del cierre del primer ejercicio auditable, una firma de auditoría independiente aceptable al Banco. Esta será seleccionada con procedimiento de selección y alcance del trabajo conforme a las normas y Guías vigentes del Banco. Los informes a ser presentados al Banco expresados en US\$ incluirán los Estados Financieros del Proyecto (Flujo de Efectivo y Estado de Avance - de Inversiones acumuladas por categoría y fuente de financiamiento), Notas a los Estados, incluyendo conciliación de pasivo con el Banco y Estado del Anticipo de Fondos, opinión sobre el cumplimiento de disposiciones contractuales de carácter contable financiero, sistema de control interno y revisión de los procesos de desembolsos y si aplicase de los de adquisiciones, realizados durante el ejercicio.

Los Estados Financieros Auditados se presentarán anualmente al Banco dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio, iniciando con aquél correspondiente al que empiecen los desembolsos del financiamiento. Los Auditores efectuarán visitas interinas (JUN de cada ejercicio auditable) y presentarán al ejecutor un informe breve, con las posibles recomendaciones de control interno que hubiere. En dicha revisión se incluirá la de los procesos de desembolso y de adquisiciones del período que apliquen.

6. Plan de supervisión financiera

Favor remitirse al Anexo No. 1 adjunto.

7. Mecanismo de ejecución

Considerando el mecanismo de ejecución descrito en el POD, se requerirá un esquema de ejecución administrativa, financiera y contable centralizada a través de la UCP, quien será encargada de la formulación anual del presupuesto, tanto del aporte local como aporte BID. La UCP será la interlocutora ante el Banco y estará a cargo de tramitar los pagos, gestionar los desembolsos, presentar los informes financieros ante el Banco y coordinar todas las actividades con las otras Entidades participantes. Como condición previa la MSBC presentará al Banco la constitución de la UCP, que deberá incluir detalle del flujo grama de procesos operativos, administrativos, contables, financieros y de control interno, así como de los involucrados. En el Reglamento Operativo del Proyecto se incluirán los normativos correspondientes.