

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**BOLIVIA**

**PROGRAMA DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD  
MATERNA Y NEONATAL EN BOLIVIA**

**(BO-L1198)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Luis Buscarons, Jefe de Equipo (SPH/CBO); Xiomara Alemán, Jefe de Equipo Alterno (SPH/CEC); Pablo Ibarraran, María Laura Oliveri, Isabel Delfs y Alejandra Aguilar (SCL/SPH); Verónica Tejerina (SCL/GDI); Joyce Elliot, y Christian Lunstedt (CAN/CBO); Carolina Escudero y Diana De León (VPC/FMP); David Maier (VPS/ESG); Mónica Centeno (LEG/SGO); Sebastian Martinez (SPD/SDV); Jaime de los Santos (SPD/SMO); y Luz Fernández (CSD/CCS).

De conformidad con la Política de Acceso a Información el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO .....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación.....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo .....	12
C. Indicadores Claves de Resultados .....	14
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS .....</b>	<b>15</b>
A. Instrumentos de Financiamiento.....	15
B. Riesgos Ambientales y Sociales.....	16
C. Riesgos Fiduciarios .....	16
D. Otros Riesgos del Programa.....	17
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>18</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	18
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados y Evaluación del Programa .....	20

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) – Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS
<b>REQUERIDOS</b>
1. <a href="#">PEP</a>
2. <a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación</a>
3. <a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a>
4. <a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>
1. <a href="#">Análisis económico</a>
2. <a href="#">Referencias bibliográficas</a>
3. <a href="#">Tabla 1. Cobertura poblacional de las redes a ser intervenidas</a>
4. <a href="#">Mapa de intervención</a>
5. <a href="#">Descripción de los indicadores de monitoreo</a>
6. <a href="#">Presupuesto detallado</a>
7. <a href="#">Presupuesto estimado para equipamiento y construcción</a>
8. <a href="#">Presupuesto estimado para el equipamiento CONE de los centros integrales de salud</a>
9. <a href="#">Levantamiento de información en campo y Derecho Propietario</a>
10. <a href="#">Descripción de las redes de salud a ser intervenidas</a>
11. <a href="#">Estructura de Desglose de Trabajo (EDT)</a>
12. <a href="#">Estrategia CONE</a>
13. <a href="#">Memoria de los proyectos del Banco en el sector salud</a>
14. <a href="#">Informe de Monitoreo del Programa (PMR)</a>
15. <a href="#">Esquema de ejecución y niveles de coordinación</a>
16. <a href="#">Reglamento Operativo del Programa (ROP) UEP MS</a>
17. <a href="#">ROP AISEM</a>
18. <a href="#">Filtros de Políticas de Salvaguardias (SPF) y Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF)</a>

ABREVIATURAS	
AISEM	Agencia de Infraestructura de Salud y Equipamiento Médico
CEASS	Central Estatal de Abastecimiento de Suministros de Salud
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales
EESS	Establecimientos de salud
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GRUS	Grupo de Socios para el Desarrollo
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
MS	Ministerio de Salud
MGAS	Marco de Gestión Ambiental y Social
OE	Organismo(s) Ejecutor(es)
PEP	Plan de Ejecución Plurianual
PF	Planificación Familiar
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
PMR	Informe de Monitoreo del Proyecto
POA	Plan Operativo Anual
RAMOS	<i>Reproductive Age Maternal Mortality Survey</i>
RHS	Recurso Humano de Salud
ROP	Reglamento(s) Operativo(s) del Programa
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SRMRN	Salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño
SUIS	Sistema Único de Información de Salud
UEP	Unidad Ejecutora del Programa
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**BOLIVIA**  
**PROGRAMA DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**MATERNA Y NEONATAL EN BOLIVIA**  
**(BO-L1198)**

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario:	Fuente	Monto (US\$)	%
Estado Plurinacional de Bolivia	BID (CO Regular):	233.750.000	85
Organismo Ejecutor (OE):	BID (CO Concesional):	41.250.000	15
Ministerio de Salud (MS), a través de la Unidad Ejecutora del Programa (UEP); y Agencia de Infraestructura de Salud y Equipamiento Médico (AISEM).	Total:	275.000.000	100
	CO Regular (FFF) <sup>(a)</sup>	CO Concesional	
Plazo de amortización:	18,5 años	40 años	
Período de desembolso:	5 años		
Período de gracia:	10,5 años <sup>(b)</sup>	40 años	
Tasa de interés:	Basada en LIBOR	0,25%	
Comisión de crédito:	<sup>(c)</sup>	0,50%	
Comisión de inspección y vigilancia:	<sup>(c)</sup>	N/A	
Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años	N/A	
Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América		
Esquema del Programa			
<b>Objetivo del programa.</b> El objetivo general del programa es la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal, incrementando la accesibilidad y capacidad resolutive, con calidad, de las redes de salud priorizadas (aquellas con indicadores de mortalidad materno-infantil y accesibilidad más desfavorables). Los objetivos específicos son: (i) implementación de la estrategia Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y mejoras en el desempeño de la red a través de: (a) implementación de procesos de mejora continua de la calidad de atención, con énfasis en un modelo de atención CONE; (b) apoyar la transformación digital del sector mediante la mejora de los sistemas de información para la gestión de la atención en salud en red y el monitoreo de la morbi-mortalidad materna y neonatal; y (c) incremento de las capacidades gerenciales de la red y de los establecimientos de salud (EESS); y (ii) fortalecimiento de la infraestructura de la red de servicios de salud, realizando inversiones en obras y equipamiento que incrementen la capacidad resolutive de la misma, con una visión integral y articulada de la red.			
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:</b> que el prestatario, a través de los OE, haya presentado evidencia de que los Reglamentos Operativos del Programa (ROP) de cada uno, tienen como anexo el Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) y el Marco de Gestión Ambiental y Social (MGAS) según corresponda, y han sido aprobados y entrado en vigencia en los términos previamente acordados con el Banco (¶3.5).			
<b>Condiciones contractuales especiales de ejecución:</b> que el prestatario, a través de los OE, se compromete a presentar a satisfacción del Banco evidencia de que se han suscrito y entrado en vigencia convenios entre el OE respectivo y los beneficiarios finales, donde se establezca, entre otros elementos que: (i) antes de la adjudicación del contrato correspondiente a cada una de las obras del Componente 2 del programa, los beneficiarios finales cuentan con la posesión legal de cada uno de los inmuebles donde se construirán dichas obras (¶2.8); y (ii) seis meses antes del inicio del funcionamiento de cada una de las obras del Componente 2, los OE presentarán al Banco evidencia de que cuentan con el compromiso de los beneficiarios finales, de disponer de los recursos necesarios para la operación, mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento de dichas obras (¶2.9). También véase Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) ( <a href="#">EER#3</a> ), Anexo B.			
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna			
Alineación Estratégica			
Desafíos <sup>(d)</sup> :	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales <sup>(e)</sup> :	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>

<sup>(a)</sup> Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF) (FN-655-1), el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales, de manejo de riesgos, las condiciones prevalecientes de mercado, así como el nivel de concesionalidad del Préstamo, de acuerdo con las políticas aplicables y vigentes del Banco en la materia.

<sup>(b)</sup> Bajo las opciones de reembolso flexible de la FFF, cambios en el período de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

<sup>(c)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

<sup>(d)</sup> SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

<sup>(e)</sup> GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

## I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, Problemática y Justificación

- 1.1 **Contexto.** En Bolivia, las tasas de mortalidad materna, 160 muertes por 100.000 Nacidos Vivos (NV)[1]<sup>1</sup>, e infantil, 50 muertes por 1.000 NV[2], se encuentran por encima del promedio regional[3]. Las autoridades sanitarias, en el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 y del Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020, han propuesto un Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Obstétrica Grave y la Mortalidad Materna y Neonatal bajo los principios de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural[4]. Para enfrentar los problemas de accesibilidad, resolutiveidad y calidad de los servicios de salud, el mencionado plan sectorial contempla además un programa de inversión hospitalaria (Plan Nacional de Hospitales 2016-2020)[5], para la ejecución del cual se ha creado la Agencia de Infraestructura de Salud y Equipamiento Médico (AISEM).
- 1.2 Según el último Estudio Nacional de Mortalidad Materna<sup>2</sup>, en 2011 en Bolivia murieron 538 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y postparto, 14% de las cuales eran menores de 19 años y 68% población indígena. El 42% de las muertes maternas sucede en domicilio, 17% durante el traslado y 37% en el establecimiento de salud (EESS). Las causas obstétricas directas de muerte fueron: (i) hemorragias 59%; (ii) hipertensión 19%; (iii) abortos 13%; (iv) sepsis 7%; y (v) parto prolongado 2%. Las más altas tasas de mortalidad materna se encuentran en los departamentos de La Paz y Potosí. Los trastornos hipertensivos del embarazo contribuyen a la morbi-mortalidad maternas, agravado en Bolivia por la altura[6]. Para 2011, el promedio de edad de las fallecidas fue 28,9 años (la pérdida global de años potenciales de vida fue de 19.061 años)[7].
- 1.3 La mortalidad infantil también presenta variaciones regionales importantes, registrándose las más altas tasas en los departamentos de Potosí (126) y La Paz (81); en el municipio El Alto es 72 por 1.000 NV. Más de la mitad de la mortalidad infantil se debe a la mortalidad neonatal; la tasa nacional de mortalidad neonatal es 27 por cada 1.000 NV (23 en área urbana y 40 en área rural)[8-10]. Potosí presenta valores que duplican el promedio nacional (52 muertes por 1.000 NV), siguiéndole La Paz (34 muertes por 1.000 NV); en el municipio El Alto es de 29 por 1.000 NV. En el país ocurren, aproximadamente, 8.000 muertes neonatales anuales. Dado que sólo el 76% de los nacimientos se registran, probablemente las prevalencias de muertes neonatales son más altas[11]. Las principales causas directas de muerte neonatal son: (i) prematuridad/bajo peso al nacer (33%); (ii) asfixia durante el parto (26%); (iii) enfermedades infecciosas (25%); (iv) malformaciones congénitas (6%); y (v) otras (10%). En la mayoría de los casos influyen también problemas de la madre durante el embarazo como su estado nutricional (anemia), infecciones e hipertensión.

---

<sup>1</sup> Referencias Bibliográficas (EEO#2).

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, 2016.

- 1.4 **Caracterización de la morbi-mortalidad materna y neonatal.** En Bolivia, solamente 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales y la atención institucional del parto es del 68-76%[\[12-15\]](#). Únicamente 77% de los nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto[\[16-17\]](#). Según la última Encuesta de Demografía y Salud (2016), tan sólo el 32% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción (34,1% en área urbana y 27,6% en área rural) y se registró un 14,8% de embarazo adolescente. Existe evidencia científica<sup>3</sup> que la captación temprana de las embarazadas, los controles prenatales, el parto institucional (en EESS que puedan responder ante complicaciones obstétrico-neonatales) y el control posnatal de la madre y del recién nacido, incluida la Planificación Familiar (PF) preconcepcional y el espaciamiento del período intergenésico, reducen significativamente la mortalidad materna y neonatal[\[18\]](#).
- 1.5 Adicionalmente, condiciones de co-morbilidad como anemia, preeclampsia, diabetes, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y parto prematuro, aumentan el riesgo de mortalidad materno-neonatal[\[20-24\]](#). Estas condiciones están influenciadas por el estado de salud y nutrición de la madre antes, durante y después del parto (la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es superior al 30%)[\[25\]](#). Por otro lado, más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva tienen sobrepeso u obesidad[\[26\]](#), lo que incrementa la incidencia de cesáreas y el riesgo de mortalidad[\[27\]](#). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado estrategias costo-efectivas de nutrición que, integradas a la atención obstétrica, previenen la mortalidad materno-neonatal[\[28\]](#). Aunque en Bolivia la mayoría de estas recomendaciones se consideran en los protocolos clínicos[\[29\]](#), el bajo consumo de suplementos prenatales en el quintil de ingresos más bajo (70%)[\[30\]](#) indica que el acceso y utilización de estos servicios requieren fortalecimiento.
- 1.6 **Causas relacionadas con la oferta.** La accesibilidad y capacidad de resolución de la oferta de servicios se encuentra limitada por diversos motivos: (i) déficits cualitativos y cuantitativos en las infraestructuras y equipamiento de los EESS[\[31-32\]](#); (ii) carencias en la disponibilidad, formación y distribución de los Recursos Humanos de Salud (RHS)[\[33\]](#); (iii) escasez de medicamentos y sangre segura; (iv) fragmentación en la gestión operativa[\[34\]](#) a nivel de las redes de salud; (v) insuficiencia de los sistemas de información para la gestión y el monitoreo[\[35\]](#); y (vi) inadecuación intercultural y falta de articulación comunitaria de la organización sanitaria. Bolivia es uno de los países de la región con un menor número de camas hospitalarias por habitante, las cuales se concentran en las áreas socioeconómicamente más favorecidas[\[36\]](#). Si bien reporta un índice de 1,6 camas por 1.000 habitantes (promedio regional de 3,4), éste incluye las transitorias y de observación existentes en los centros de salud de primer nivel; excluyendo éstas, el índice se reduce a 0,64. Además, la capacidad de dicha oferta para resolver los problemas obstétrico-neonatales es pequeña. Según el último estudio de brechas en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), sólo 11% contaba con servicios obstétricos básicos de emergencia, y

---

<sup>3</sup> El estudio econométrico realizado por Marie Lebrou (2016)[\[19\]](#) identifica como variables que tienen un impacto significativo sobre la mortalidad materna en Bolivia: (i) cobertura de las mujeres con cuatro consultas prenatales; (ii) número de Recurso Humano de Salud (RHS) empleado; y (iii) el número de mujeres con primera consulta postparto.

53% no estaba en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente[37]. El país cuenta con 8,9 médicos y 5,1 enfermeras por 10.000 habitantes, concentrados fundamentalmente en el subsector de seguridad social y privado. La ratio de médicos en el sector público es de 2,7 por 10.000 habitantes, debido a la escasa capacidad de atracción/retención de éste (principalmente por menores niveles retributivos). La oferta de servicios se encuentra afectada por frecuentes rupturas de *stock* de medicamentos, tanto en los establecimientos como a nivel de la Central Estatal de Abastecimiento de Suministros de Salud (CEASS)[38]. La provisión de sangre segura es limitada, existiendo en 2018, sólo 17 bancos de sangre.

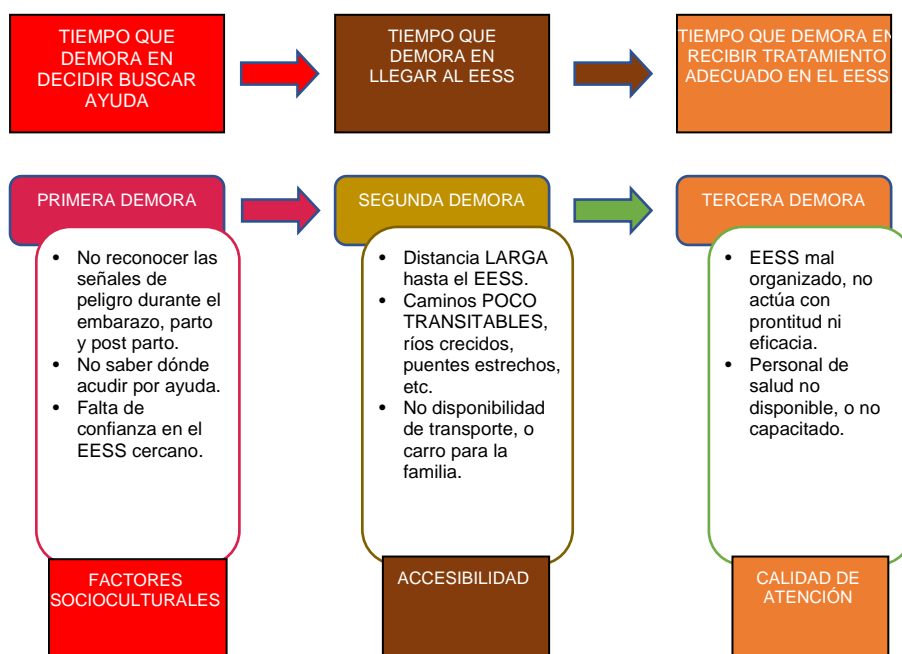
- 1.7 Los aspectos gerenciales influyen también en la capacidad de resolución del sistema. En la estructura competencial del sistema de salud boliviano, pueden distinguirse tres estratos: (i) Ministerio de Salud (MS) con un rol normativo, pero del que dependen algunos programas centralizados que intervienen en los niveles operativos inferiores; con un significativo número de recursos humanos en el primer nivel de atención (programas Mi Salud[39], Tele-salud[40], Bono Juana Azurduy[41], etc.); (ii) Servicios Departamentales de Salud (SEDES), dependientes de los Gobiernos Autónomos Departamentales (GADs), que son responsables de los hospitales de tercer nivel y del personal funcionario de salud ("ítems") del primer, segundo y tercer nivel de atención; y (iii) Gobiernos Autónomos Municipales (GAM), responsables de la operación de los establecimientos de primer y segundo nivel(en algunos casos, además, contratan, con recursos propios, personal de salud no funcionario para complementar el recurso humano de dichos establecimientos). Existe descoordinación en el nivel operativo entre los recursos humanos dependientes del nivel central (MS) y el personal de salud de los establecimientos (hospitales y centros de salud) dependientes de los SEDES y/o municipalidades; restando así eficacia y eficiencia a la oferta. No existe un sistema de información integral para la gestión del sector que asegure el continuo asistencial[42], sino que el país cuenta con múltiples subsistemas no interoperables[43]. Tampoco existe un sistema de información permanente sobre morbi-mortalidad materno-neonatal que permita su monitoreo.
- 1.8 **Causas relacionadas con la demanda.** Las estadísticas demuestran que la población más desfavorecida no utiliza (o utiliza poco) los servicios institucionales para cuidados obstétrico-neonatales. La accesibilidad a programas de atención gratuita para la Salud Reproductiva Materna, del Recién Nacido y del Niño (SRMRN) y a transferencias condicionadas, difiere según aspectos culturales, grupos sociales y condiciones geográficas. Esto se observa incluso en los casos de atención al parto seguidos de muerte materna: en los municipios de pobreza baja, el 70,6% de las difuntas tuvo su parto en un EESS, mientras que en los municipios de pobreza alta solamente el 19,5% dio a luz en un EESS[44]. Según diferentes estudios[45], en Bolivia la decisión para demandar los servicios de salud está limitada por: (i) distancia geográfica; (ii) horarios limitados y falta de oportunidad en la atención; (iii) desconocimiento del idioma por parte del personal de salud y falta de adecuación intercultural en la atención a la población indígena; (iv) falta de calidad de la atención, de equipamiento y de disponibilidad de medicamentos gratuitos; y (v) percepción diferente de la salud-enfermedad en la comunidad. Dada la realidad socio-económica y cultural de Bolivia, los trabajadores comunitarios de salud pueden jugar un papel clave en los CONE, por



ejemplo, para la provisión de micronutrientes y otros servicios preventivos durante el embarazo, la movilización social y el traslado de embarazadas de riesgo a los servicios de salud[46]; no obstante, Bolivia cuenta con sólo un trabajador comunitario por cada 10.000 habitantes[47] (promedio para países de rentas medias bajas de 4,2). Los desfavorables indicadores existentes relativos a la SRMRN están también influenciados por condiciones mórbidas y factores de riesgo como el sexo inseguro, que conduce a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, así como la violencia contra mujeres y niñas y aspectos culturales que limitan la posibilidad de la mujer para decidir sobre su salud. Un 64% de las mujeres de 15 años o más que tuvieron un parto institucional en los últimos cinco años manifestaron sufrir alguna agresión psicológica de violencia obstétrica.

- 1.9 **Lógica del programa.** Para afrontar el desafío de la morbi-mortalidad materna y neonatal en Bolivia, el Gobierno ha solicitado al Banco la implementación de este programa para: (i) mejorar la capacidad institucional de gestión de los CONE; (ii) incrementar la accesibilidad y calidad de la oferta de los servicios de salud materno-infantiles; y (iii) hacer su infraestructura más resolutive, resiliente[48] ante fenómenos naturales y climáticos, y ambientalmente sostenible. No hay una sola intervención que, aisladamente, pueda reducir sustancialmente la mortalidad materno-neonatal; por ello las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, y proponen priorizar la atención intraparto, sin desatender servicios preventivos durante el embarazo[49] y el postparto[50]. Tomando en cuenta los principales elementos de contexto, oferta y demanda, y en el marco de la respuesta que ha planteado el gobierno, los problemas de accesibilidad y calidad de los cuidados obstétricos, neonatales y de PF se abordarán a través de la implementación operativa de la estrategia CONE (EEO#12), en redes priorizadas de salud. Esto, considerando tanto el apoyo a la implementación del modelo de atención con calidad[51], como el fortalecimiento de la oferta y de los procesos gerenciales que permitan conducir eficientemente dicho modelo de atención: (i) gestión y capacitación del talento humano; (ii) implementación de sistemas de información adecuados para el monitoreo, análisis y evaluación[52]; y (iii) incremento de la capacidad resolutive de los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales mediante la inversión en infraestructura y equipamiento, con una visión de red integrada de salud, que se articule por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad[53].
- 1.10 La estrategia CONE responde a: (i) los cuatro pilares de la maternidad segura (planificación familiar; atención prenatal; parto limpio y seguro; y cuidados del embarazo y del recién nacido con riesgo y sus complicaciones); (ii) el continuo asistencial; y (iii) las tres demoras (Figura 1). Se operativiza: (i) implementando normativas que incrementen la cobertura de prestaciones pre-concepcionales, obstétricas, del posparto y de PF; (ii) fortaleciendo la infraestructura y los procesos de mejora continua de la atención; (iii) mejorando los sistemas de información y vigilancia de la morbi-mortalidad materno-neonatal; y (iv) incrementando las competencias clínicas e interculturales del RHS y la articulación entre actores del sistema de salud y la comunidad.

**Figura 1. Modelo de las Tres Demoras**



Fuente: Thaddeus&Maine, 1994.

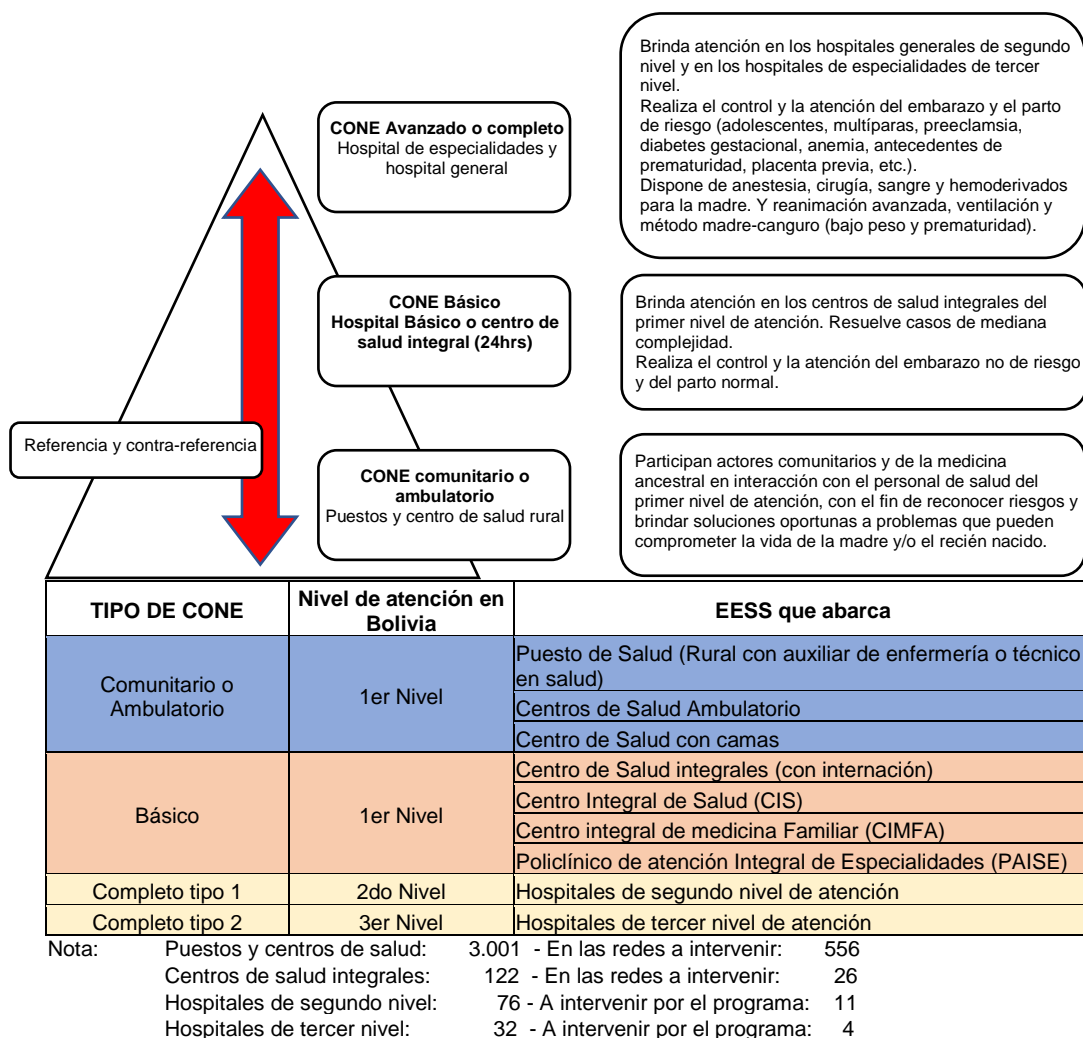
- 1.11 La implementación de la estrategia CONE, acompañada permanentemente por un proceso de mejora continua de la calidad en su aplicación, se focalizará en aquellas prestaciones para las que hay evidencia respecto a sus efectos en la reducción de la muerte materna y neonatal: (i) favoreciendo la captación temprana de la embarazada (antes de la semana 20); (ii) mejorando su estado nutricional y consumo de suplementos prenatales; (iii) extendiendo los controles prenatales (al menos cuatro) y postnatales (antes de las 48 horas); (iv) aumentando el parto institucional (en hospitales y centros integrales de salud); (v) fortaleciendo el sistema de referencia ante emergencias obstétricas; (vi) incrementando el número y las capacidades del RHS<sup>4</sup>; y (vii) optimizando el acceso a la PF de mujeres y varones. Para ello, se deberá: (i) actualizar la Norma Nacional de Atención Clínica y la cartera de servicios cubierta por la Ley No. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (del 30 de diciembre de 2013); (ii) implementar en la comunidad programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento respecto a la SRMRN y PF, creando plataformas comunitarias de apoyo al CONE; (iii) mejorar los sistemas de respuesta ante situaciones de emergencias obstétricas (diagnóstico temprano en el seno de la comunidad, tratamiento oportuno y traslado a un centro de segundo o tercer nivel de atención); (iv) incrementar la capacidad clínico-terapéutica e intercultural del RHS; y (v) asegurar la existencia en los EESS de medicamentos y sangre segura, según corresponda al nivel de complejidad. De forma transversal, se apoyará la mejora y optimización de los procesos gerenciales del CONE, implementando un modelo de gestión de la red y de gestión hospitalaria en red que haga más eficiente el uso de los recursos, particularmente el RHS, articulando las capacidades de los programas verticales

<sup>4</sup> Formación de médicos y enfermeras, e incorporación de enfermeras obstétricas al sistema.

dependientes del MS con los niveles operativos de los SEDES y GAM. Se fortalecerán también los sistemas de gestión municipales para planificación y ejecución de recursos destinados a salud en el seno de sus Planes Operativos Anuales. Y se implementarán sistemas de información que faciliten, por una parte, el continuo asistencial y la gestión clínica en la red y, por otra, el monitoreo permanente de la morbi-mortalidad materna y neonatal.

- 1.12 Los cuidados obstétricos y neonatales diferencian tres grupos de prestaciones resumidos en la Figura 2. Las prestaciones del CONE básico y CONE completo deben suceder en los hospitales de segundo o tercer nivel. Por ello la adecuada infraestructura y equipamiento de los hospitales se convierte en un elemento crítico para resolver las complicaciones obstétricas y reducir la mortalidad materno-neonatal[54]. Diversas experiencias y estudios han aportado evidencia de la relación entre la adecuación de las infraestructuras y equipamiento de los EESS, el incremento de la utilización de los mismos para el parto, y la reducción de la mortalidad materna y neonatal, tanto en la región (Guatemala)[55], como a nivel global[56-57]. Por tanto, el programa favorecerá: (i) el incremento de la capacidad resolutive con calidad en redes priorizadas, a través de la inversión en mejoras de la infraestructura y equipamiento de hospitales (cabeceras de referencia de las redes de salud); y (ii) la nueva construcción y/o reemplazo de hospitales, considerando además la construcción de casas maternas anexas para favorecer el parto institucional en aquellas poblaciones alejadas de las cabeceras de red (50,5% de las mujeres en edad fértil considera la lejanía de los servicios de salud como uno de los impedimentos para acceder a estos)[58].

**Figura 2. Cartera de Servicio CONE según Tipo de Establecimiento de Salud**



**1.13 Género y diversidad.** Las brechas existentes en la población indígena se deben a: (i) falta de acceso a servicios de calidad; (ii) dispersión de la población en zonas rurales; (iii) deficiencia de la red vial; y (iv) inadecuada pertinencia cultural en la entrega de servicios e infraestructura[59]. Para asegurar una pertinencia cultural en la entrega de servicios, se elaborará un protocolo de atención con enfoque intercultural para la red de salud y se capacitará al personal. Asimismo, se realizará un estudio etnográfico para adecuar culturalmente la infraestructura. También, se capacitará al personal de salud en temas de violencia obstétrica.

**1.14 Apoyo a la transformación digital del sector.** La mejora de los procesos gerenciales en la red de servicios de salud se apoyará en la implementación del expediente clínico digital, facilitando el continuo asistencial, y la incorporación de sistemas informáticos para la gestión hospitalaria y de las referencias y contra-referencias, mejorando la eficacia y eficiencia del sistema. También se fortalecerán los sistemas de vigilancia y monitoreo de la morbi-mortalidad materna y neonatal. La inversión en infraestructuras se hará adoptando el

*Building Information Modelling*, desde la etapa de diseño hasta la construcción y mantenimiento de las instalaciones, facilitando la reducción de costos y plazos de las obras, mejorando la transparencia y trazabilidad de los procesos, y la calidad de operación de los nuevos activos.

- 1.15 **Acciones de mitigación y adaptación al cambio climático.** La relación de la infraestructura hospitalaria con el cambio climático es dual, pues por un lado es altamente vulnerable a sus efectos<sup>5</sup> y, por el otro, es una fuente emisora de gases de efecto invernadero derivados tanto de la fase de construcción de la infraestructura como de la de operación, debido a los consumos de energía que acontecen en estas instalaciones. En el marco del programa, se plantearán acciones en dos direcciones: (i) para infraestructuras nuevas, se realizarán estudios para seleccionar sitios menos vulnerables; y (ii) para infraestructuras a mejorar y nuevas, se implementarán medidas de ahorro energético y agua, que permitirán reducir los gases de efecto invernadero emitidos. Para definir las medidas a implementar, se utilizarán recursos de la ATN/OC-16801-BO<sup>6</sup> que contempla apoyar al programa en temas de eficiencia energética y resiliencia al cambio climático, entre otros. Además, se aplicará la herramienta EDGE (*Excellence in Design for Greater Efficiencies*) dentro de las etapas de diseño y construcción y se certificarán las nuevas construcciones.
- 1.16 **Ámbito geográfico y beneficiarios del programa.** Se intervendrá en 15 redes de salud de las 107 que conforman el sistema, abarcando 61 municipios. Diez de estas redes se encuentran en los dos departamentos con una mayor razón de mortalidad materna y neonatal: en La Paz<sup>7</sup> (redes Los Andes, Corea y Senkata del municipio El Alto; y redes rurales 1 y 7) y en Potosí (red Potosí urbano y redes rurales Uncía-Sacaca, Ocurí, Tupiza y Villazón)[60]. Según los datos de mortalidad materna de 2011, sólo estos dos departamentos reportaron el 51,6% de las muertes maternas y tienen la tasa más baja de cobertura de partos institucionales (La Paz con 59% y Potosí con 62%)[61]. Además, se intervendrá en los departamentos de Santa Cruz (redes Germán Bush, Andrés Ibáñez y Cordillera), Chuquisaca (red Monteagudo) y El Beni (red San Borja). En estos tres últimos departamentos ocurrieron el 40% de las muertes maternas adolescentes reportadas entre enero 2015 y junio 2017[62]. El [EEO#3](#) presenta los principales datos de cobertura.
- 1.17 De los 2.172.950 habitantes cubiertos por la intervención, 567.374 son mujeres en edad fértil, 237.248 son niños menores de cinco años y 387.041 son niños comprendidos entre 5 y 12 años. La población en situación de pobreza representa el 59,8% y la población indígena representa 43,9% del total de beneficiarios. Los RHS son también beneficiarios directos del programa, pues serán capacitados mediante diferentes actividades de formación.
- 1.18 **Apoyo del Banco al sector salud en Bolivia.** En la última década, Bolivia ha asignado financiamiento del Banco al mejoramiento del acceso a los servicios

---

<sup>5</sup> Por ejemplo, por inundaciones o desastres naturales se puede producir la incapacidad de responder ante la emergencia y alterar la prestación rutinaria de servicios.

<sup>6</sup> Apoyo al Desarrollo Organizacional de la AISEM y el Diseño de un Modelo de Inversión para los Servicios de Salud en Red.

<sup>7</sup> Los hospitales Materno-Infantil de El Alto (red Senkata) y de Palos de Blancos (red rural 1) conforman la muestra de las GOM.

hospitalarios y al fortalecimiento de las redes de servicios de salud, mediante intervenciones integrales que han permitido, entre otras cosas: la puesta en marcha del hospital de tercer nivel El Alto Norte y del Centro Regulador de Emergencias Médicas de Potosí; y adquirir el primer acelerador lineal del sistema público (Hospital El Alto Sur, pendiente de entrar en funcionamiento). Se encuentran próximos a finalizar (2019) la construcción de cuatro hospitales. Estas intervenciones han considerado además el desarrollo e implementación de un nuevo modelo de gestión hospitalaria, cuya replicación general en el sistema facilitará la mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia en el uso de recursos; el modelo prioriza la calidad de atención (estableciendo estándares que reduzcan la variabilidad clínica) y la accesibilidad del paciente a los recursos asistenciales hospitalarios (programación de consultas y pruebas complementarias, gestión de listas de espera y del recurso “cama”, etc.). A través de diversas cooperaciones técnicas, se está apoyando al MS en: (i) el diseño del Sistema Único de Información de Salud (SUIS) y del Plan Estratégico de Gobierno Electrónico; (ii) la implementación de un modelo de atención intercultural y de protocolos de atención ante situaciones de violencia de género y obstétrica; y (iii) la cuantificación de las brechas de inversión para adecuar los actuales hospitales de tercer nivel a la Norma Nacional de Caracterización y, así, poderlos acreditar. Además, este programa permitirá financiar brechas de equipamiento identificadas en las operaciones actualmente en ejecución (redes Los Andes y Corea en el municipio El Alto, y redes Potosí urbano, Uncía y Ocurí en Potosí) ([EEO#13](#)).

1.19 **Lecciones aprendidas.** El diseño del programa incorpora las lecciones aprendidas de operaciones anteriores financiadas por el Banco en el sector en Bolivia, así como la experiencia del Banco en proyectos de inversión y de fortalecimiento de los sistemas de salud en la región:

- a. Mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud requiere una intervención integral en red, que considere los tres niveles de atención, los sistemas de referencia y contra-referencia y los aspectos gerenciales (incluidos los sistemas de información).
- b. En proyectos de inversión de infraestructuras de salud complejas, la asistencia técnica especializada brindada mediante firmas de consultoría externas para el diseño, supervisión y aspectos fiduciarios, constituyen un factor clave para alcanzar los objetivos con calidad y oportunidad.
- c. En sistemas de salud descentralizados como el boliviano, la coordinación de los responsables de la ejecución del programa con los niveles subnacionales es fundamental para comprender y corregir dificultades de implementación, logrando economías de costo y tiempo.
- d. Reuniones periódicas de seguimiento y coordinación al más alto nivel con las contrapartes nacionales, facilita la toma de decisiones rápida y oportuna para resolver cuellos de botella que pueden retrasar el logro de los resultados.
- e. El diálogo y coordinación con otros socios de la cooperación permite lograr sinergias en las intervenciones e integrarlas en un marco común de alineamiento, que las hace más efectivas y eficientes.

- 1.20 El diseño del programa incorpora estas lecciones aprendidas: (i) contempla la actuación integral en los tres niveles de atención y de gestión (Componentes 1 y 2); (ii) financiará asistencia técnica especializada para el ejecutor (Componente 3); (iii) asegurará la coordinación en los diferentes niveles del sistema (nacional, departamental y municipal) (§3.4); y (iv) coordinará con el resto de agencias que intervienen en el sector.
- 1.21 **Coordinación con otros donantes.** Los diferentes donantes que intervienen en el sector salud boliviano<sup>8</sup> se integran en el Grupo de Socios para el Desarrollo (GRUS), presidido actualmente por Canadá. Se han identificado como áreas prioritarias de apoyo por la cooperación internacional: (i) el Plan Nacional de Hospitales; (ii) el Plan para la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil; (iii) el desarrollo del SUIS; y (iv) la formación del RHS. El programa incide en estas cuatro prioridades, y se coordinará con los donantes que también intervienen en inversiones de infraestructuras de salud (Banco Mundial, Corea, Francia e Italia), formación de personal de salud (España, Bélgica) y capacitación general en aspectos obstétricos y neonatales (OMS, UNFPA). La operación recientemente aprobada por el Banco Mundial intervendrá en otras 10 redes de salud del país y en la ampliación de la capacidad de formación de médicos especialistas. Dicha intervención, junto con este programa, forman parte del Plan Nacional de Hospitales 2016-2020 y se desarrollarán de forma paralela con los mismos Organismos Ejecutores (OE).
- 1.22 **Alineación estratégica.** El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, mediante la reducción de la mortalidad materna y neonatal en poblaciones vulnerables. También se alinea con las áreas transversales de: (i) Equidad de Género y Diversidad, fomentando el empoderamiento de la mujer en relación a la SRMRN, la adecuación intercultural de los servicios CONE y la incorporación de protocolos ante situaciones de violencia de género y obstétrica; (ii) Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental, promoviendo infraestructuras eficientes, sostenibles y resilientes; y (iii) Capacidad Institucional y Estado de Derecho, al favorecer la ampliación de la cartera de prestaciones cubierta por la Ley No. 475 y fortalecer las capacidades de gestión municipal en salud y la gestión hospitalaria y de las redes de salud. Adicionalmente, contribuirá al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante la reducción de la tasa de mortalidad materna (indicador#2), el aumento de personas que se benefician de servicios de salud (indicador#9), y la formación de RHS que se beneficia de capacitación en el trabajo (indicador#13). Además, es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) al: (i) favorecer la reducción de las barreras de género, étnicas y culturales para incentivar la utilización de los servicios de salud; (ii) favorecer la suficiencia y pertinencia de infraestructura, tecnología, insumos y recursos humanos requeridos para la organización de redes de servicios; y (iii) fortalecer en las municipalidades el sistema de recaudo a través de Ley No. 475 y la planificación económica del gasto en salud, así como los procesos de compra centralizada a la CEASS. Se

---

<sup>8</sup> Entre otros, las cooperaciones bilaterales -alemana, belga, canadiense, coreana, española, francesa, italiana y japonesa-, las agencias de Naciones Unidas y el Banco Mundial se coordinan en el seno del grupo llamado GRUS salud.



alineada también con la Estrategia de País con Bolivia (2016-2020) (GN-2843), contribuyendo a ampliar el acceso y la calidad de los servicios sociales, pues facilitará la accesibilidad a servicios de salud CONE de forma equitativa y oportuna de la población más vulnerable; además mejorará la efectividad de la gestión pública, al fortalecer la capacidad gerencial del sector salud a través de la implementación de modelos gerenciales más eficientes, y apoyando su transformación digital. El programa está incluido en el Programa de Operaciones 2018 (GN-2915).

- 1.23 Aproximadamente el 39,16% de los recursos de la operación se invierten en actividades de mitigación al cambio climático, según la [metodología conjunta de los Bancos Multilaterales de Desarrollo \(BMD\) de estimación de financiamiento climático](#). Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin de año 2020.

## **B. Objetivos, Componentes y Costo**

- 1.24 **Objetivo.** El objetivo general del programa es la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal, incrementando la accesibilidad y capacidad resolutive, con calidad, de las redes de salud priorizadas (aquellas con indicadores de mortalidad materno-infantil y accesibilidad más desfavorables). Los objetivos específicos son: (i) implementación de la estrategia Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y mejoras en el desempeño de la red a través de: (a) implementación de procesos de mejora continua de la calidad de atención, con énfasis en un modelo de atención CONE; (b) apoyar la transformación digital del sector mediante la mejora de los sistemas de información para la gestión de la atención en salud en red y el monitoreo de la morbi-mortalidad materna y neonatal; y (c) incremento de las capacidades gerenciales de la red y de los EESS; y (ii) fortalecimiento de la infraestructura de la red de servicios de salud, realizando inversiones en obras y equipamiento que incrementen la capacidad resolutive de la misma, con una visión integral y articulada de la red.
- 1.25 **Componente 1. Estrategia CONE, gestión y formación de Recurso Humano de Salud (US\$16,6 millones).**
- a. **Sub-componente 1.1. Modelo de atención CONE (US\$9,7 millones).** El objetivo es la implementación, en las redes priorizadas, de la estrategia CONE bajo un enfoque de mejora continua de la calidad. Se financiarán actividades para: (i) apoyar la redefinición de la cartera de servicios CONE en el marco de la Ley No. 475 y la elaboración y difusión de normas, guías y/o reglamentos que faciliten su implementación; (ii) implementar un programa de mejora continua de la calidad y optimización de los procesos en CONE, incluidas intervenciones que mejoren la situación nutricional de embarazadas y neonatos; (iii) capacitar a agentes promotores de salud para la puesta en marcha de plataformas comunitarias en CONE; (iv) implementar acciones para la reducción de violencia de género, obstétrica y contra los niños y de IEC para el cambio de comportamiento en relación a la SRMRN, dirigido a jóvenes, mujeres en edad fértil y población general; (v) fortalecer el sistema de compra centralizada de insumos y medicamentos para CONE y la PF a través de la CEASS; (vi) fortalecer el sistema de Sangre Segura en los



hospitales y centros integrales de salud; y (vii) mejorar los sistemas de referencia y contra-referencia. Además, financiará, para estas actividades, la adquisición de instrumental médico, insumos, medicamentos y *software*, así como la incorporación de enfermeras obstétricas al sistema.

- b. **Sub-componente 1.2. Gestión y sistemas de información (US\$5,3 millones).** El objetivo es la optimización y mejora de los procesos gerenciales en las redes de salud. Se financiarán actividades para: (i) la implementación de un modelo de gestión hospitalaria; (ii) el fortalecimiento de los sistemas de gestión a nivel municipal y departamental para mejorar la aplicación de la Ley No. 475, y la planificación y monitoreo del presupuesto municipal de salud; y (iii) el fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna con metodología *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS). Además, financiará para estas actividades la adquisición de software de gestión hospitalaria y de las redes de salud.
- c. **Sub-componente 1.3. Formación de RHS (US\$1,6 millones).** El objetivo es mejorar las capacidades clínicas, interculturales y gerenciales del RHS. Se financiará: (i) capacitación en el trabajo (formación continua) en CONE, atención intercultural y gestión de servicios de salud; y (ii) becas para la formación de médicos especialistas destinados a los hospitales del programa.

1.26 **Componente 2. Infraestructura y equipamiento (US\$249,7 millones)<sup>9</sup>.** Su objetivo es fortalecer el sistema hospitalario de segundo y tercer nivel de las redes priorizadas, a fin de que puedan resolver satisfactoriamente la demanda avanzada de CONE y la pediátrica de su área de cobertura. El [EEO#4](#) muestra la distribución geográfica de las inversiones:

- a. **Sub-componente 2.1. Cobertura de brechas de equipamiento (US\$49,5 millones).** El objetivo del subcomponente es mejorar la capacidad resolutive y de operación de los hospitales financiados por el Banco en otras operaciones, mejorando e incrementando su nivel de equipamiento actual. Se financiará la adquisición de equipamiento médico-asistencial, de comunicación e información, incluido software, y mobiliario para los hospitales El Alto Norte, El Alto Sur, Ocurí, Llallagua y tercer nivel de Potosí.
- b. **Sub-componente 2.2. Fortalecimiento del segundo nivel de atención en redes priorizadas (US\$128,5 millones).** El objetivo es mejorar la oferta de atención, incrementando la capacidad y calidad de resolución de nueve hospitales de segundo nivel<sup>10</sup>. Se financiarán las siguientes actividades: (i) elaboración de estudios de pre-inversión para construcción y/o ampliación y equipamiento de EEES; (ii) construcción y/o ampliación de infraestructuras de salud, incluidas casas maternas (cuando corresponda); (iii) equipamiento

<sup>9</sup> El [EEO#7](#) presenta la relación de equipamiento para los hospitales tipo (segundo y tercer nivel) y la estimación de costos de la infraestructura. Las especificaciones técnicas de los equipamientos hospitalarios se encuentran disponibles como producto de los préstamos en ejecución.

<sup>10</sup> Tentativamente: Palos Blancos (red rural 7), Ixiamas (red rural 1), Puerto Suarez (red Germán Bush), El Torno (red Andrés Ibáñez), Camiri (red Cordillera), San Borja (red San Borja), Monteagudo (red Monteagudo), Villazón (red Villazón) y Tupiza (red Tupiza). La cartera definitiva se determinará a partir de los estudios de condiciones técnicas previas a financiar por la ATN/OC-16801-BO.

médico-asistencial, de comunicación e información, incluido software, y mobiliario; y (iv) supervisión de las actividades anteriores.

- c. **Sub-componente 2.3. Fortalecimiento del tercer nivel de atención en el municipio El Alto (US\$69 millones).** El objetivo es incrementar la cobertura hospitalaria de tercer nivel de cuidados materno-infantiles en El Alto, mediante la construcción y equipamiento de un nuevo hospital de aproximadamente 180 camas pediátricas y 30 neonatales, sujeta al resultado del estudio de pre-inversión. Se financiará la: (i) elaboración de estudios de pre-inversión; (ii) construcción y equipamiento; y (iii) supervisión de las actividades anteriores.
- d. **Sub-componente 2.4. Puesta en marcha de los nuevos hospitales (US\$2,7 millones).** El objetivo es apoyar la puesta en marcha de los nuevos hospitales bajo una estructura organizativa y modelo de gestión eficiente y centrado en el paciente. Se financiará: (i) la elaboración de planes de apertura y/o migración; y (ii) asistencia técnica para la puesta en marcha y el acompañamiento al inicio de la operación de los nuevos hospitales. Para ello se podrán contratar firmas consultoras y/o consultores individuales.

- 1.27 **Componente 3. Auditorías, administración, monitoreo y evaluación (US\$8,7 millones).** El objetivo es la ejecución eficaz y eficiente del programa. Se financiarán: (i) los equipos ejecutores del programa y apoyo técnico y fiduciario para éstos (incluye fortalecimiento de las capacidades para fiscalización de pre-inversiones, obras y equipamiento en el caso del Componente 2)<sup>11</sup>; (ii) las auditorías del programa; y (iii) las evaluaciones intermedia y final.

## C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.28 **Impactos y resultados esperados.** El impacto general del programa es la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país. La razón de mortalidad materna se medirá a través de la metodología RAMOS y la tasa de mortalidad neonatal a partir de las encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ambas implementadas por el Instituto Nacional de Estadística. Los resultados esperados del programa son: (i) calidad y accesibilidad a los CONE y a la PF incrementada; (ii) capacidad resolutoria de las redes de salud en la prestación de los CONE incrementada; y (iii) capacidad de gestión y eficiencia de las redes y EESS mejorada. Al primer y segundo resultado contribuirán los Componentes 1 y 2 del programa; y al tercer resultado, el Componente 1 (Anexo II y [EER#2](#)).
- 1.29 **Evaluación ex ante costo-beneficio.** Con base en evidencia científica pertinente para Bolivia, se realizó un Análisis Económico ([EEO#1](#)) cuantificando los beneficios esperados utilizando los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que resultan de la implementación de líneas de cuidado de probada efectividad, en un contexto de redes integradas de servicios de salud. Estos

---

<sup>11</sup> Con la ATN/OC-16801-BO se financiará, además, el desarrollo de un modelo de inversión en infraestructura de salud en red, y aspectos relacionados con la planificación, formulación y evaluación de proyectos de inversión pública en la red hospitalaria del país.

beneficios derivan del aumento del consumo de prestaciones por parte de la población, y los costos resultado de la inversión y de los gastos de operación de los nuevos hospitales. Bajo diversos escenarios, el programa es rentable y produce beneficios sociales positivos. La razón entre los beneficios y costos es de 2,84 considerando un horizonte de tiempo de cinco años (2018-2023) y un escenario conservador<sup>12</sup>. Con un horizonte de análisis más prolongado, incluyendo US\$34,9 millones anuales de costo de operación, el beneficio es incluso mayor. El análisis incluye las prestaciones CONE, de la infancia, crónicas, urgencias y atención primaria general.

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 Se trata de un préstamo de inversión bajo la modalidad Programa de Obras Múltiples, ya que contempla proyectos independientes, físicamente similares<sup>13</sup>. El monto total es de US\$275.000.000 que serán financiados por el Banco de la siguiente manera: US\$233.750.000 con recursos de Capital Ordinario (CO) Regular y US\$41.250.000 con recursos de CO Concesional. El presupuesto consolidado por componente se indica a continuación ([EEO#6](#)).

**Cuadro 2.1. Costos del Programa (US\$)**

Componente	Monto			%
	MS/UEP	AISEM	Total	
<b>Componente 1.</b> Estrategia CONE, gestión y formación de RHS	16.600.000	-	16.600.000	6,0
<b>Componente 2.</b> Infraestructura y equipamiento	-	249.700.000	249.700.000	90,8
<b>Componente 3.</b> Auditorías, administración, y monitoreo y evaluación	3.600.000	5.100.000	8.700.000	3,2
<b>Total</b>	<b>20.200.000</b>	<b>254.800.000</b>	<b>275.000.000</b>	<b>100,0</b>

- 2.2 El plazo de desembolso previsto para el programa es de cinco años a partir de la vigencia del contrato de préstamo. El plazo para la iniciación material de las obras comprendidas en el programa será de dos años contados a partir de la vigencia del préstamo. El plazo para finalizar los desembolsos de la parte del préstamo que corresponda a las obras que hubieren sido materialmente iniciadas de acuerdo a lo anterior será de cinco años a partir de la vigencia del préstamo.

**Cuadro 2.2. Cronograma de Desembolso (US\$)**

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID	24.747.898	62.800.374	86.923.314	72.476.816	28.051.598	<b>275.000.000</b>
%	9,0	22,8	31,6	26,4	10,2	<b>100,0</b>

<sup>12</sup> La tasa de descuento utilizada en el escenario base es 3%, con un rango de 2% (que, de acuerdo con la OMS es la tasa de descuento relevante para el análisis económico de proyectos de inversión en salud) y hasta 9%. En todos los casos, la razón beneficio-costos es mayor a 1 ([EEO#1](#)).

<sup>13</sup> PR-202 Programas de Obras Múltiples.

- 2.3 Los proyectos a ser financiados por los Subcomponentes 2.2 y 2.3 del programa deberán contar con la no objeción del Banco y cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad: (i) estar incluido en el Plan Nacional de Hospitales 2016-2020; (ii) tratarse de hospitales de segundo o tercer nivel; (iii) ubicarse en cabeceras de redes de salud; (iv) localizarse en municipios rurales o áreas urbanas receptoras de inmigración rural; y (v) que no sea clasificado categoría “A” o que implique reasentamiento involuntario, de conformidad con las Políticas de Salvaguardias del Banco.
- 2.4 Una muestra representativa<sup>14</sup>, cuyo costo supera el 30% del programa, fue evaluada durante la preparación del mismo. La muestra abarca los dos tipos de inversiones hospitalarias previstas (segundo y tercer nivel) y los diferentes tipos de pisos ecológicos de la intervención (altiplano y trópico).

## **B. Riesgos Ambientales y Sociales**

- 2.5 De acuerdo con la OP-703, la operación ha sido clasificada como Categoría “B”, pues se espera que los posibles riesgos ambientales y sociales y los impactos negativos relacionados con el trabajo de construcción bajo el programa sean manejables, bajos y localizados, con las salvaguardas ambientales, sociales y de salud y seguridad (ESHS, por sus siglas en inglés) adecuadas. Los impactos típicamente asociados con la construcción de la infraestructura, tales como el ruido y el polvo, las interrupciones del tráfico, la contaminación, los desechos y los escombros; y los desafíos para la salud y la seguridad de los trabajadores; se espera ocurran principalmente durante la construcción y se mitiguen en consecuencia. No se afectará a ninguna comunidad o territorio indígena en particular, pero los pueblos indígenas están presentes en las diferentes áreas de intervención de este proyecto y se espera que sean uno de los principales grupos beneficiarios de este programa. Las lecciones aprendidas de anteriores operaciones de salud en Bolivia indican que los aspectos relacionados con el derecho a la propiedad, el acceso a los servicios básicos (agua potable, electricidad) para los hospitales antes de recibir el equipamiento, y el almacenamiento y eliminación de los desechos peligrosos e infecciosos durante la operación, requieren una atención especial. El nivel de riesgo de desastres para esta operación fue evaluado como medio y los criterios de elegibilidad del *Environmental and Social Management Framework* aseguran que no se permitirá ninguna construcción futura en áreas propensas a desastres. No se prevé ningún reasentamiento y los criterios de elegibilidad del Marco de Gestión Ambiental y Social (MGAS) no permitirán financiar proyectos que impliquen desplazamiento físico o económico dentro del programa. Se han realizado las consultas públicas para los proyectos de la muestra y se han divulgado oportunamente sus Planes de Gestión Ambiental y Social, y el MGAS del programa.

## **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.6 Los OE del programa son la AISEM y el MS a través de una Unidad Ejecutora del Programa (UEP), que no cuentan con personal técnico que conozcan los

---

<sup>14</sup> Hospitales Materno-Infantil de El Alto y de Palos Blancos.

procedimientos fiduciarios del Banco; en el caso de la AISEM por ser de reciente creación y carecer de experiencia y en el caso del MS por experimentar altos niveles de rotación en su recurso humano, lo cual podría hacer que se aplicasen inadecuadamente las políticas de adquisiciones y no se cumplieran los requisitos mínimos de calidad deseados para los productos a adquirir. La limitada experiencia existente en Bolivia de empresas locales en diseño, construcción y supervisión de hospitales podría ser una limitación para obtener proveedores de calidad y, por tanto, que no se alcanzasen oportuna y adecuadamente los productos del programa. Se identifican ambos como riesgos fiduciarios medios.

- 2.7 Las acciones de mitigación de estos riesgos serán: (i) fortalecer el equipo técnico, administrativo, financiero, de planificación y adquisiciones de los OE con especialistas que ya cuenten con experiencia en programas BID (operaciones en cierre) y capacitar al equipo fiduciario de ambos OE; (ii) realizar contratos plurianuales para los especialistas de los OE, sujetos a evaluaciones de desempeño; (iii) conformar lotes/paquetes de pre-inversiones, obras y/o equipamiento para hacer más atractiva la licitación; y (iv) al tiempo asegurando la difusión extensiva de las convocatorias públicas a presentación de propuestas.

#### **D. Otros Riesgos del Programa**

- 2.8 Se identificó como un riesgo alto del tipo de desarrollo que algunos GAM no hayan completado aún la posesión legal<sup>15</sup> de los inmuebles donde deben construirse las obras del Componente 2. Para mitigar este riesgo, se establecerá como condición especial de ejecución que el prestatario, a través de los OE, se compromete a presentar a satisfacción del Banco evidencia de que se han suscrito y entrado en vigencia convenios entre el OE respectivo y los beneficiarios finales, donde se establezca, entre otros elementos que: antes de la adjudicación del contrato correspondiente a cada una de las obras del Componente 2 del programa, los beneficiarios finales cuentan con la posesión legal de cada uno de los inmuebles donde se construirán dichas obras. Esta condición es crítica porque se debe confirmar que los inmuebles sobre los que se construirán los hospitales son de los beneficiarios finales.
- 2.9 Se identificó como riesgo alto, de tipo sostenibilidad fiscal: el financiamiento sostenible de los costos de operación de los hospitales (insumos, medicamentos, logística, mantenimiento de infraestructura y equipamiento) debe ser asumido por los gobiernos subnacionales. Para mitigar este riesgo, se establecerá como condición especial de ejecución que el prestatario, a través de los OE, se compromete a presentar a satisfacción del Banco evidencia de que se han suscrito y entrado en vigencia convenios entre el OE respectivo y los beneficiarios finales, donde se establezca, entre otros elementos que: seis meses antes del inicio del funcionamiento de cada una de las obras del Componente 2, los OE presentarán al Banco evidencia de que cuentan con el compromiso de los beneficiarios finales, de disponer de los recursos necesarios para la operación, mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento de dichas obras.

---

<sup>15</sup> Se entiende como posesión legal, que se encuentre registrado el folio real de los inmuebles en la oficina de Derechos Reales, a nombre de los beneficiarios finales.

- 2.10 Se identificaron dos riesgos altos del tipo de gestión pública y gobernabilidad: (i) la disponibilidad oportuna de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de los nuevos hospitales, que deberán ser contratados por el MS con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación; y (ii) la planificación de la formación de médicos especialistas destinados a estos hospitales. Para mitigar el primer riesgo, seis meses antes del inicio del funcionamiento de cada una de las obras del Componente 2, los OE deberán presentar al Banco evidencia de que cuentan con la asignación por el MS de los nuevos ítems de RHS. El segundo riesgo será mitigado mediante la aprobación en 2019 de un plan de formación de especialistas financiado por el Subcomponente 1.3. Antes de la ejecución de las obras deberá existir un compromiso expreso del MS y del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de realizar esta asignación de RHS para los hospitales respectivos, a través de una comunicación escrita al Banco.
- 2.11 Para asegurar la sostenibilidad de la inversión en RHS, los médicos formados en el exterior solamente recibirán la certificación de médico especialista emitida por Bolivia, en virtud de los acuerdos establecidos con las entidades formadoras extranjeras. Por otro lado, los médicos becados, ya sea en el exterior o en el país, tendrán un ítem asignado a un hospital específico desde el inicio de su formación.
- 2.12 Se identificó un riesgo medio de gestión pública y gobernabilidad: la necesidad de coordinación efectiva entre los OE y las direcciones generales de servicios y planificación del MS por una parte y, por otra, con los niveles subnacionales (GAM y GAD), para la aprobación y aplicación, en el marco del programa, de nuevas normativas clínico-asistenciales y de gestión. Para mitigar este riesgo, los niveles y periodicidad de coordinación estarán establecidos en los Reglamentos Operativos del Programa (ROP) (¶3.5).

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

#### A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Prestatario y OE.** El Estado Plurinacional de Bolivia es el prestatario, asimismo, el MS, a través de la UEP, y la AISEM se constituyen en los OE del programa, en calidad de co-ejecutores.
- 3.2 **Mecanismos de ejecución, administración y coordinación del programa (EEO#15).** El MS será el ejecutor del Componente 1 a través de la UEP que contará con independencia técnica-operativa, administrativa-fiduciaria y legal, y con un equipo con dedicación exclusiva, conformado por un Coordinador Técnico con responsabilidades de planificación, gestión, administración y coordinación general, y otros perfiles técnicos relacionados al programa, entre ellos, al menos, un especialista en salud pública y/o gestión de servicios de salud, un especialista en planificación de RHS, un abogado, un especialista en monitoreo y planificación, un profesional administrativo; y personal administrativo de apoyo. Para la parte fiduciaria, contará con un especialista financiero y un especialista de adquisiciones. Los términos de referencia y los perfiles profesionales de estos especialistas serán acordados de manera previa con el Banco. Adicionalmente, a nivel local, la UEP contará con al menos seis

profesionales distribuidos en los distintos departamentos, de acuerdo con la distribución geográfica y el número de redes por cada uno. Se les suministrará todo el equipo e insumos para que puedan asumir las responsabilidades para la ejecución del programa.

- 3.3 El Componente 2 será ejecutado por la AISEM en condición de entidad co-ejecutora. Para la ejecución de las actividades a su cargo, cuenta con una estructura organizacional propia que se complementará con un equipo multidisciplinario con dedicación exclusiva al programa compuesto por al menos: un fiscal por obra, un abogado, un especialista en gestión ambiental y social, un especialista en monitoreo y evaluación, un especialista financiero y un especialista en adquisiciones. Adicionalmente, se les suministrará todo el equipo e insumos para que pueda asumir las responsabilidades para la ejecución del programa. El Subcomponente 2.1 será ejecutado con el apoyo de las unidades ejecutoras de los programas 2614/BL-BO, 2822/BL-BO y 3151/BL-BO.
- 3.4 Las actividades del programa serán ejecutadas en coordinación con las direcciones técnicas del MS, los SEDES y las Entidades Autónomas Territoriales correspondientes, en el marco de las competencias establecidas en los ROP ([EEO#16/EEO#17](#)), creándose a nivel del viceministerio un equipo de conducción general del programa en cuyo seno se asegurará la coordinación de los co-ejecutores y los SEDES ([EEO#15](#)). Los ROP establecerán las responsabilidades y funciones de los actores, y los procesos y procedimientos para la ejecución, incluyendo los detalles de coordinación entre entidades. Se establecerán convenios inter-gubernativos entre MS y GAM/GAD para este fin.
- 3.5 **Será condición contractual especial previa al primer desembolso del financiamiento que el prestatario, a través de los OE, haya presentado evidencia de que los ROP de cada uno, tienen como anexo el Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) y el MGAS según corresponda, y han sido aprobados y entrado en vigencia en los términos previamente acordados con el Banco.** Esta condición es crítica para que el programa cuente con la normativa de funcionamiento y se establezcan las directrices y procedimientos a seguir por los OE. Los ROP detallarán los procedimientos para la ejecución de los componentes del programa, la constitución y características de los OE, las responsabilidades, funciones y mecanismos de coordinación de las instancias involucradas en la operación y los esquemas de gestión financiera, de adquisiciones y contrataciones. Cualquier modificación de los ROP requerirá la no objeción del Banco. Condiciones que deberán incluirse en los ROP son: (i) que se haya creado la UEP en el MS, la misma deberá contar con independencia técnica-operativa administrativa y legal; (ii) que se hayan conformado los equipos mínimos necesarios que funcionarán bajo la responsabilidad de cada OE para llevar adelante la ejecución del programa; (iii) seis meses antes de la conclusión de las obras relacionadas con el Componente 2, los beneficiarios finales, a través del MS, deberán presentar evidencia al Banco que cuentan con el presupuesto para la dotación de los RHS necesarios para el funcionamiento de las obras del Componente 2; y (iv) demás condiciones establecidas en el IGAS, Anexo B ([EER#3](#)).
- 3.6 **Adquisiciones y contrataciones.** Las adquisiciones y contrataciones del programa se realizarán conforme a las “Políticas para la Adquisición de Obras y



Bienes Financiados por el BID” (GN-2349-9) y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID” (GN-2350-9), respectivamente. Los miembros del equipo ejecutor de los OE podrán ser contratados con recursos de la ATN/OC-16805-BO hasta por 12 meses. Posteriormente, se evaluará el desempeño de los miembros del equipo ejecutor, y aquellos con desempeño satisfactorio continuarán prestando sus servicios y, mediante contratación directa<sup>16</sup>, pasarán a ser financiados con recursos del programa. Asimismo, el personal a cargo de la ejecución actual de las operaciones 2614/BL-BO y 3151/BL-BO a concluir en 2019 también podrán ser considerados para ser contratados de forma directa<sup>17</sup> para cubrir las posiciones necesarias de los OE. Parte o la totalidad del personal de los OE podrá estar asignado a la vez a la ejecución de otros de los proyectos con financiamiento del Banco que se encuentren en la fase de cierre, en coordinación y acuerdo previo con el Banco.

- 3.7 **Financiamiento retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para financiar actividades previstas en el Componente 2, hasta por la suma de US\$27,5 millones (10% del monto propuesto del préstamo), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente similares a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 4 de junio de 2018 (fecha de aprobación del Perfil del Proyecto), pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.
- 3.8 **Gestión financiera y Auditorías.** La gestión financiera seguirá la Guía OP-273-6 (ver Anexo III). La gestión financiera se llevará a través del Sistema Nacional de Gestión Pública (SIGEP), que permitirá hacer la gestión financiera en línea y emitir los reportes financieros directos desde el sistema nacional y en la moneda del programa. Para la tramitación de desembolsos, los OE utilizarán el Sistema de e-Desembolsos del Banco. Cada OE será responsable de la contratación de sus respectivas auditorías anuales y finales.

## **B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados y Evaluación del Programa**

- 3.9 El Plan para el Monitoreo y Evaluación ([EER#2](#)) describe los arreglos de monitoreo y las evaluaciones del programa. Los principales instrumentos establecidos para el monitoreo son: (i) los informes semestrales, que detallan el nivel de avance de la ejecución física y financiera logrado en el semestre y la planificación de las metas respectivas del semestre siguiente, e incluyen las matrices actualizadas del Informe de Monitoreo del Programa (PMR) ([EEO#14](#)), PEP ([EER#1](#)), PA ([EER#4](#)), Gestión de Riesgos del Programa (GRP) y de la planificación financiera; (ii) las auditorías financieras anuales; y (iii) las misiones o visitas de inspección del Banco y reuniones de revisión de cartera.

---

<sup>16</sup> Según política GN-2350-9 párrafo 5.4(a).

<sup>17</sup> Ídem.



- 3.10 Asimismo, se realizará una evaluación intermedia y final del programa, a ser presentadas por la UEP al Banco en el tercer y último año de la ejecución, respectivamente. Estas evaluaciones de carácter descriptivo estarán enfocadas a los avances sobre las metas de productos y resultados planteados en la Matriz de Resultados original y los PMR de cada segundo semestre de los años de ejecución y serán realizadas por firmas consultoras externas.
- 3.11 A fin de medir los impactos atribuibles a la operación, se propone realizar una Evaluación de Impacto con el método de diferencias en diferencias bajo responsabilidad de la UEP. Se utilizarán diversas versiones de este modelo y distintos criterios de utilización de los datos para explorar la robustez de los resultados y se complementará con un análisis de triple diferencias. Los hallazgos de esta evaluación alimentarán decisiones sobre la expansión de servicios CONE a otras redes con base en la evidencia y recomendaciones generadas.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Sí	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental -Capacidad Institucional y Estado de Derecho	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos)	
2. Objetivos de desarrollo del país	Sí	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2843	1. Ampliar el acceso y la calidad de los servicios sociales: 2. Mejorar la efectividad de la gestión pública.
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
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. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución	8.4	
3.1 Diagnóstico del Programa	2.4	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	3.6	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	2.4	
4. Análisis económico ex ante	10.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE	3.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	3.0	
4.3 Supuestos Razonables	1.0	
4.4 Análisis de Sensibilidad	2.0	
4.5 Consistencia con la matriz de resultados	1.0	
5. Evaluación y seguimiento	9.3	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5	
5.2 Plan de Evaluación	6.8	
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Medio	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B	
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes.
No-Fiduciarios		
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
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	Sí	BO-T1311 y BO-T1312

Nota: (\*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

La propuesta de préstamo identifica la elevada mortalidad materna e infantil como el problema a resolver por el proyecto. Como factores causales de esta situación, el documento describe condiciones de demanda que reducen la utilización de servicios institucionales por parte de la población desfavorecida y limitaciones de oferta como el déficit de infraestructura, la fragmentación de la gestión, la insuficiencia de sistemas información y la inadecuación cultural. Para resolver esta situación la propuesta plantea financiar la estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales, así como infraestructura y equipamiento del segundo y tercer nivel de las redes de salud priorizadas. El documento presenta evidencia empírica de la efectividad de las intervenciones propuestas con validez interna.

La matriz de resultados del proyecto presenta indicadores SMART de impacto y resultado. Sin embargo, los indicadores de producto no son específicos ni cuentan con una fuente de información clara. El proyecto cuenta con un análisis económico sólido basado en un ejercicio de costo-beneficio que arroja resultados positivos bajo diversos escenarios de sensibilidad. El plan de evaluación propone un análisis de diferencias en diferencias y series de tiempo para estimar el impacto del proyecto sobre la utilización, calidad y resultados finales de los servicios de salud.

**MATRIZ DE RESULTADOS**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	Reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal, incrementando la accesibilidad y capacidad resolutive, con calidad, de las redes de salud priorizadas (aquellas con indicadores de mortalidad materno-infantil y accesibilidad más desfavorables).
-------------------------------	---

**IMPACTO ESPERADO**

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Año Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
<b>IMPACTO #1: Morbi-mortalidad materna y neonatal reducida</b>							
1. Razón de mortalidad materna en el país.	Razón	160	2011	140	2023	Estudio de mortalidad/Ministerio de Salud.	Se utilizó para la línea de base la metodología de las hermanas y autopsia verbal post censal 2012. <b>CRF, indicador#2.</b>
2. Tasa de mortalidad neonatal en el país.	Tasa	27	2008	22			Línea de base: Último valor estimado a través de encuesta poblacional ENDSA 2008.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Año Línea de base	Meta Final	Año Meta Final	Fuente/Medio de Verificación	Comentarios
<b>RESULTADO#1: Calidad y Accesibilidad de los cuidados obstétricos, neonatales y de la Planificación Familiar, incrementada</b>							
11. Partos atendidos en establecimientos de salud.	%	71,44	2017	85	2023	SNIS-VE	En las 9 redes de salud priorizadas para el 2017 (información SNIS-VE cerrada).
12. Partos atendidos en hospital/centro integral de salud.	%	53,07	2017	63			
13. Mujeres embarazadas que reciben atención prenatal antes de la semana 20.	%	89,06	2017	94			
14. Mujeres que reciben al menos cuatro controles obstétricos.	%	73,18	2017	85			

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Año Línea de base	Meta Final	Año Meta Final	Fuente/Medio de Verificación	Comentarios
I5. Recién nacidos que reciben atención posnatal antes de las 48 horas.	%	65,28	2017	75			
I6. Mujeres en edad fértil que utilizan métodos modernos de Planificación Familiar.	%	42,21	2017	55			
I7. Embarazadas desnutridas.	%	7,37	2017	5,5			
I8. Prevalencia de bajo peso al nacer.	Tasa	27,41	2017	18			
I9. Frecuentación hospitalaria (internamiento) (desagregado entre hombres y mujeres).	Tasa	99,22 mujeres x 1.000 Hbts  41.98 varones x 1.000 Hbts	2017	125 mujeres x 1.000 Hbts  65 varones x 1.000 Hbts			
I10. Frecuentación hospitalaria (consultas) (desagregado entre hombres y mujeres).	Tasa	781,63 mujeres x 1000 Hbts  562,79 varones x 1000 Hbts	2017	900 mujeres x 1000 Hbts  650 varones x 1000 Hbts	2023	SNIS-VE	En los 9 Hospitales 2º nivel priorizados.
I11. Egresos hospitalarios (beneficiarios que reciben servicios de salud).	Personas	14.453 mujeres  6.115 varones	2017	18.789 mujeres 7.950 varones			En los 9 hospitales 2º nivel priorizados <b>CRF, indicador#9.</b>
<b>RESULTADO#2: Capacidad resolutive de la red de servicios de salud, incrementada</b>							
I1. Tasa de mortalidad neonatal hospitalaria temprana en el municipio de El Alto.	Tasa	1,91 x 1000 nv	2017	1,30x1000 NV	2023	SNIS-VE	En el municipio de El Alto.
I2. Referencias hospitalarias recibidas AJO (Adecuada – Justificada–Oportuna).	%	Adecuadas: 26 Justificadas: 35 Oportunas: 29	2018	Adecuadas: 51 Justificadas: 51 Oportunas: 51		SIRECO	En las redes de salud priorizadas. La línea de base determinada a partir de las redes Los Andes y Potosí (sistema SIRECO).
<b>RESULTADO#3: Capacidad de gestión y eficiencia de las redes y establecimientos de salud, incrementadas</b>							
I1. Estancia media en los hospitales de 2do nivel intervenidos.	Días	3,5	2017	3,1	2023	SNIS-VE	En los 9 hospitales 2º nivel priorizados.
I2. Egresos por cama.	Número	72,1	2017	85			
I3. Ocupación de camas.	%	52,61	2017	75			
I4. Unidad Ponderada de Asistencia (UPA) producidas por personal	Número	865,75	2017	975,0			

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Año Línea de base	Meta Final	Año Meta Final	Fuente/Medio de Verificación	Comentarios
asistencial en hospitales de 2do nivel intervenidos.							
15. Costo de la UPA en hospitales de 2do nivel intervenidos.	Bolivianos /UPA	481,28	2017	460,0			

## PRODUCTOS

Productos	Unidad de medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de Verificación	Comentarios
<b>Componente1. Estrategia Cuidados Obstétricos Neonatales (CONE), gestión y formación de Recurso Humano</b>											
<b>Subcomponente 1.1: Modelo de atención CONE</b>											
1.1.1 Estrategia CONE implementada.	Redes	0	2018		5	5	5		15	Informe administrativo del programa	
1.1.2 Programa de mejora continua de la calidad en CONE, elaborado e implementado.	Redes	0	2018		5	5	5		15		
1.1.3 Plataformas comunitarias de captación y control de embarazadas, desarrolladas y funcionando.	Redes	0	2018		5	5	5		15		
1.1.4 Programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento en relación con la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar, implementados.	Redes	0	2018		5	5	5		15		
1.1.5 Intervenciones de mejora de situación nutricional de mujeres embarazadas y neonatos, implementadas.	Persona	0	2018		100	100			200		
1.1.6 Licenciadas en enfermería obstétrica incorporadas en las redes a nivel comunitario.	Persona	0	2018			20	20	21	61		
1.1.7 Mejoramiento y actualización del sistema de compras centralizada de insumos y medicamentos del sector, completado.	Sistema	0	2018		1				1		
1.1.8 Fortalecimiento del sistema de Bancos/depósitos de sangre segura, completado.	Sistema	0	2018			1			1		
1.1.9 Fortalecimiento de los sistemas de referencia y contra-referencia, completado.	Sistema	0	2018		5	5	5		15		

Productos	Unidad de medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de Verificación	Comentarios
Subcomponente 1.2: Gestión y sistemas de información											
1.2.1 Modelo de gestión en los hospitales que incremente la eficiencia y calidad de atención, implementado.	Modelo	0	2018					1	1	Informe administrativo del programa	
1.2.2 Fortalecimiento de los sistemas de gestión a nivel municipal y coordinaciones de red, realizado.	Cuadro de mando	0	2018		5	5	5		15		
1.2.3 Sistemas de información para gestión clínica, implementados.	Sistema	0	2018				5	5	10		
1.2.4 Metodología RAMOS (o similar) de vigilancia de mortalidad materna, implementada.	Metodología	0	2018		1				1		
Subcomponente 1.3: Formación de RHS											
1.3.1 Fortalecimiento de capacidades clínico-diagnósticas y terapéuticas del personal de salud mediante programas de formación, completado.	Redes	0	2018		5	5	5		15	Informe administrativo del programa	
1.3.2 Formación en gestión hospitalaria destinada a los cuadros directivos de los hospitales, redes de salud y SEDES.	Personas	0	2018		50	50	50	50	200		CRF, indicador #13
Componente 2: Infraestructura y equipamiento											
Sub-componente 2.1: Cobertura de brechas de equipamiento											
2.1.1 Equipamiento Hospital El Alto Norte completado.	Global	0	2018	1					1	Informe administrativo del programa	
2.1.2 Equipamiento Hospital El Alto Sur completado.	Global	0	2018	1					1		
2.1.3 Equipamiento Hospital de Ocurí completado.	Global	0	2018	1					1		
2.1.4 Equipamiento Hospital de Llagagua completado.	Global	0	2018	1					1		
2.1.5 Equipamiento Hospital Tercer Nivel de Potosí completado.	Global	0	2018		1				1		
Sub-componente 2.2: Fortalecimiento del segundo nivel de atención en redes priorizadas											
2.2.1 Hospitales de segundo nivel, construidos, equipados y operando.	Hospital	0	2018				5	3	8	Informe administrativo del programa	
2.2.2 Hospital de segundo nivel Puerto Suarez, equipado y operando.	Hospital	0	2018				1		1		
2.2.3 Equipamiento de centros de salud integrales, entregado e instalado.	Global	0	2018				1		1		

Productos	Unidad de medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1 2019	Año 2 2020	Año 3 2021	Año 4 2022	Año 5 2023	Meta final	Medio de Verificación	Comentarios
Subcomponente 2.3: Fortalecimiento del tercer nivel de atención en el municipio El Alto											
2.3.1 Hospital Pediátrico de 3er nivel, diseñado.	Diseño	0	2018	1					1	Informe administrativo del programa	
2.3.2 Hospital Pediátrico de 3er nivel, construido.	Hospital	0	2018				1		1		
2.3.3 Hospital Pediátrico de 3er nivel, equipado.	Global	0	2018				1		1		
2.3.4 Supervisión de diseño, construcción y de puesta en marcha realizada.	Global	0	2018					1	1		
Sub-componente 2.4: Puesta en marcha de los nuevos hospitales											
2.4.1 Planes de apertura y/o migración de los nuevos hospitales, elaborados.	Plan	0	2018			1			1	Informe administrativo del programa	
2.4.2 Asistencia técnica para puesta en marcha y acompañamiento de hospitales 2do y 3er nivel, completada.	Global	0	2018					1	1		

\* El Hospital de 2do. Nivel El Torno y el Hospital Pediátrico de 3er. Nivel El Alto, son parte de la muestra de 2 proyectos.

## ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

<b>País:</b>	Estado Plurinacional de Bolivia.
<b>Proyecto:</b>	Programa de Mejora en la Accesibilidad a los Servicios de Salud Materna y Neonatal en Bolivia (BO-L1198).
<b>Organismo Ejecutor (OE):</b>	Ministerio de Salud (MS), a través de la Unidad Ejecutora del Programa (UEP); y Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico (AISEM).
<b>Preparado por:</b>	Carolina Escudero y Diana M. De León (FMP/CBO).

### I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 La ejecución del programa estará a cargo del MS, a través de la UEP; y de la AISEM, que se encargarán de la gestión fiduciaria del programa.
- 1.2 El análisis de capacidad institucional efectuado a los OE fue realizado aplicando la Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional (PACI). Este análisis concluye que, si bien el MS denota un nivel de desarrollo institucional satisfactorio, la AISEM no posee experiencia de ejecución ni de gestión de proyectos de ninguna fuente de financiamiento. El riesgo fiduciario ha sido calificado como nivel Medio (RM).
- 1.3 La gestión financiera se llevará a través del Sistema Nacional de Gestión Pública (SIGEP). Al momento de inicio del programa el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) habrá implementado el Módulo de Gestión Contable de Convenios dentro del SIGEP, que permitirá hacer la gestión financiera en línea y emitir los reportes financieros directos desde el sistema nacional y en la moneda del programa. Se prevé también el uso del Sistema de Cuenta Única del Tesoro (CUT), que tiene alcance nacional y administra indistintamente moneda local o extranjera. Para la tramitación de desembolsos, los OE utilizarán el Sistema de e-Desembolsos del Banco.
- 1.4 Para la gestión de adquisiciones se aplicarán las Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID (GN-2349-9), y las Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID (GN-2350-9). Asimismo, para toda licitación pública internacional (LPI) o selección de consultores por encima de US\$200.000, se utilizarán los documentos de licitación estándar del Banco vigentes; para los demás casos se podrán utilizar los documentos de licitación vigentes y disponibles en el Sistema de Contrataciones Estatales (SICOES)<sup>1</sup>.
- 1.5 La publicidad de las LPI (convocatorias, aclaraciones y enmiendas a los documentos de licitación, y resultados de los procesos) y de la selección de consultores por encima de US\$200.000 (solicitudes de expresiones de interés y resultados de los procesos) se realizará en el portal del *United Nations Development Business*. Para los demás casos la difusión podrá realizarse en el portal del SICOES y en los diarios de circulación nacional.
- 1.6 En aplicación del Acuerdo para el uso parcial de las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios de Bolivia (NB-SABS), suscrito entre el Estado Plurinacional de Bolivia y el Banco, se usará la modalidad de

---

<sup>1</sup> [SICOES](#). Documentos de licitación aprobados por el Banco para aplicar en procesos por debajo de umbrales para LPI.



contratación de Apoyo Nacional a la Producción y Empleo acordado con el Banco (ANPE-BID), según se indique en el Plan de Adquisiciones (PA) aprobado. El Contrato de Préstamo incluirá las disposiciones para el uso de este subsistema.

- 1.7 Los acuerdos y requisitos fiduciarios plasmados en este documento deberán reflejarse en los Reglamentos Operativos del Programa (ROP).

## **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR (OE)**

- 2.1 La Ley No.1178 de Administración y Control Gubernamentales del 20 de julio de 1990 (Ley SAFCO), regula los sistemas de administración y control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública. Esta ley es de aplicación obligatoria para todas las entidades públicas.
- 2.2 Salvo lo previsto en el numeral 1.6, y considerando el Artículo 17 del Decreto Supremo 00181, no se aplicarán las NB-SABS para realizar contrataciones financiadas total o parcialmente con recursos del Banco.

## **III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN**

- 3.1 El nivel de riesgo identificado es medio, según la PACI (ver ¶1.2), sustentado en que los OE no cuentan con personal técnico que conozcan los procedimientos fiduciarios del Banco; en el caso de la AISEM por ser de reciente creación y carecer de experiencia y en el caso del MS por experimentar altos niveles de rotación en su recurso humano, lo cual podría hacer que se aplicasen inadecuadamente las políticas de adquisiciones y no se cumplieran los requisitos mínimos de calidad deseados para los productos a adquirir. La limitada experiencia existente en Bolivia de empresas locales en diseño, construcción y supervisión de hospitales podría ser una limitación para obtener proveedores de calidad y, por tanto, que no se alcanzasen oportuna y adecuadamente los productos del programa. Se identifican ambos como riesgos fiduciarios medios.
- 3.2 Las acciones de mitigación de estos riesgos serán: (i) fortalecer el equipo técnico, administrativo, financiero, de planificación y adquisiciones de los OE con especialistas que ya cuenten con experiencia en programas BID (operaciones en cierre) y capacitar al equipo fiduciario de ambos OE; (ii) realizar contratos plurianuales para los especialistas de los OE, sujetos a evaluaciones de desempeño; (iii) conformar lotes/paquetes de pre-inversiones, obras y/o equipamiento para hacer más atractiva la licitación; y (iv) al tiempo asegurando la difusión extensiva de las convocatorias públicas a presentación de propuestas.
- 3.3 Está estipulado el uso del Módulo de Gestión Contable de Convenios dentro del SIGEP, lo cual garantiza la integridad y oportunidad de la información. De no ser posible ejecutar la operación desde este módulo, la UE tendrá acceso al Sistema de Administración de Proyectos del Banco (SIAP-BID).

## **IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES AL CONTRATO**

- 4.1 **Tipo de cambio acordado para la rendición de cuentas.** Se utilizará el tipo de cambio vigente del país en la fecha efectiva de la conversión de recursos en moneda extranjera a moneda local, en las cuentas de cada ejecutor.

- 4.2 **Estados financieros y otros informes auditados.** Anualmente se realizará una auditoría externa sobre los estados financieros del programa que deberá recibirse dentro de los 120 días posteriores al cierre del ciclo fiscal, y una auditoría final que deberá recibirse dentro de los 120 días posteriores a la fecha de último desembolso, a ser ejecutada por una firma auditora independiente elegible para el Banco. Se prevé que cada ejecutor realice la contratación plurianual de la firma auditora para, al menos, los primeros tres años. Asimismo, cada ejecutor realizará la contratación de la firma auditora para la auditoría final.
- 4.3 **Financiamiento retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para financiar actividades previstas en el Componente 2, hasta por la suma de US\$27,5 millones (10% del monto propuesto del préstamo), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente similares a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 4 de junio de 2018 (fecha de aprobación del Perfil del Proyecto), pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo
- 4.4 **Modalidad de desembolso.** Principalmente será mediante Anticipos de Fondos con base en una programación de caja, sin obviar cualquier otro mecanismo vigente para el Banco. Como condicionalidad a un próximo desembolso, los OE deberán haber presentado la justificación de gastos de al menos el 80% del balance base en caja. Los pagos directos serán utilizados en casos excepcionales y en acuerdo con el Banco.
- 4.5 **Términos de referencia (TDR), especificaciones técnicas y criterios de calificación.** La revisión de los criterios para selección de listas cortas, TDR, especificaciones técnicas y criterios de calificación de los oferentes o consultores para la evaluación de ofertas o propuestas, contarán con la no objeción ex-ante por parte del Jefe de Equipo de Proyecto, independientemente de la modalidad de revisión de adquisiciones (ex-ante/ex-post).

## **V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES**

- 5.1 **Ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones estarán definidas en el PA aprobado por el Banco, y se realizarán en el marco de las GN-2349-9 y de las GN-2350-9, respecto de las cuales no se prevé excepción alguna; asimismo, será aplicable la modalidad de contratación ANPE-BID referida en el numeral ¶1.6.
- 5.2 **Montos límite, métodos de contratación y documentos aplicables.** Los montos límite se indican en el Cuadro 1. En cuanto a métodos y documentos se aplicará lo siguiente:
- A. Contratación de bienes, obras y servicios diferentes de consultoría**
- 5.3 Toda contratación dentro del monto límite para LPI usará los documentos estándar de licitación (DEL) del Banco.
- 5.4 Toda contratación dentro del monto límite para Licitación Pública Nacional (LPN) usará los DEL del Banco que están en el SICOES.
- 5.5 Contrataciones de obras sencillas, o bienes y servicios comunes dentro del monto límite para LPN, podrán aplicar el método de comparación de precios (CP), siempre que el PA aprobado así lo contemple.

5.6 Toda la contratación dentro del monto límite para CP aplicará lo dispuesto en el ¶1.6, siempre que el PA aprobado así lo contemple.

**B. Selección y contratación de firmas consultoras y consultores individuales.**  
Se hará uso de los documentos públicos estándar sin modificación alguna, considerando lo siguiente:

5.7 Toda contratación de firma consultora por monto igual o mayor que US\$200.000 usará del documento estándar de solicitud de propuestas (DSP) del Banco.

5.8 Las contrataciones de firmas consultoras por montos menores que US\$200.000 usarán el DSP que está en el SICOES.

5.9 La Selección Basada en la Calificación de los Consultores (SCC) será utilizada para la contratación de firmas para las auditorías anuales y finales del programa.

5.10 La Contratación Directa será utilizada según se indique en el PA aprobado.

5.11 Las contrataciones de consultores individuales aplicarán lo dispuesto en el ¶1.6, siempre que el PA aprobado así lo contemple.

5.12 El personal a cargo de la ejecución actual de las operaciones 2614/BL-BO y 3151/BL-BO a concluir en 2019 podrán ser considerados para ser contratados de forma directa<sup>2</sup> para cubrir las posiciones necesarias de los OE.

**C. Gastos operativos o recurrentes (GO)**

5.13 Se aplicarán procedimientos administrativos de los OE referenciados en los ROP. El Banco podrá abstenerse de financiar dichos gastos si se determina que su aplicación ha vulnerado los principios de competencia, eficiencia y economía.

**Cuadro 1. Montos Límites (US\$)**

LPI		LPN		CP		Lista Corta Internacional	Lista Corta Nacional
Obras	Bienes	Obras	Bienes	Obras	Bienes	Consultores	Consultores
> 3.000.000	> 200.000	> 250.000 hasta 3.000.000	> 50.000 hasta 200.000	hasta 250.000	hasta 50.000	> 200.000	hasta 200.000

5.14 **Plan de Adquisiciones.** Deberá elaborarse a partir del PEP y POA aprobados por el Banco, en el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA). Inicialmente deberá cubrir al menos 18 meses, y deberá actualizarse al menos anualmente. Ningún proceso de contratación podrá iniciarse si previamente no se encuentra en el PA aprobado por el Banco. Las adquisiciones previstas se encuentran en el [PA](#).

5.15 **Preferencia Nacional.** No se prevé aplicar preferencia nacional en ningún procedimiento de contratación.

<sup>2</sup> Según política GN-2350-9 párrafo 5.4(a).

- 5.16 **Supervisión de adquisiciones.** Se aplicará la modalidad de revisión ex-ante a todos los procesos internacionales y excepciones como contrataciones y selecciones directas.
- 5.17 **Revisión ex post.** Una firma auditora externa realizará al menos anualmente la revisión de las adquisiciones ex post conforme lo determine el Banco.
- 5.18 **Revisiones.** El Banco podrá realizar visitas periódicas para actualizar el nivel de capacidad de gestión de adquisiciones y de riesgo fiduciario asociado a la ejecución del programa.
- 5.19 **Registros y archivos.** Cada ejecutor será responsable de establecer los controles necesarios para el resguardo e integridad de la documentación generada por la ejecución ex ante o ex post del programa. El Banco podrá, en cualquier momento, verificar los estándares de organización, control y seguridad de los archivos.

## VI. GESTIÓN FINANCIERA

- 6.1. La gestión financiera del proyecto será realizada mediante el SIGEP, que integra los subsistemas de presupuesto, tesorería, contabilidad y reportes<sup>3</sup>. Estas condiciones son aplicables tanto para la UEP como para la AISEM.
- 6.2. **Programación y presupuesto.** El sistema nacional de presupuesto tiene un marco normativo extenso explicado claramente en Manuales de Usuario. Su estructura programática facilita la vinculación del gasto con los objetivos y resultados previstos en el POA; y asegura una gestión integrada y actualizada de las transacciones. Los OE realizarán la programación y formulación según los POA acordados.
- 6.3. **Contabilidad y sistemas de información.** El subsistema de Contabilidad y Reportes aplica los principios generalmente aceptados de contabilidad, los cuales están descritos en las Normas Básicas del Sistema de Contabilidad Integrado (NBSCI) que son “compatibles” con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP) que no han sido adoptadas por el Gobierno Boliviano. Este subsistema integra en un único registro en sus diferentes momentos contables: registro presupuestario, patrimonial y de tesorería.
- 6.4. **Desembolsos y flujo de caja.** El subsistema de tesorería posee un marco normativo simple y completo. La CUT tiene cobertura nacional y cuenta con procedimientos de control, seguimiento y reporte avanzados, y opera con capacidad multi-moneda, convirtiéndolo en un sistema confiable, eficaz y eficiente para el manejo de la caja fiscal y los fondos de proyectos. Sus procedimientos informatizados son eficientes y cubren todos los procesos automatizables de la gestión de tesorería y su integración con los sistemas de presupuesto y contabilidad.
- 6.5. **Administración de los fondos del financiamiento.** Los recursos desembolsados al programa serán depositados en una libreta dentro de la CUT en el Banco Central de Bolivia (BCB) y, en la cantidad y momento oportuno, posteriormente transferidos a moneda local en otra libreta siguiendo los procedimientos establecidos por MEFP, para el manejo de los recursos de financiamiento. Ambas libretas deberán ser de uso exclusivo del programa.

---

<sup>3</sup> A partir de la implementación del nuevo Módulo de Gestión Contable de Convenios en el SIGEP.

- 6.6. **Control interno y auditoría interna.** La gestión financiera del MS y sus dependencias está sujeta a revisiones de confiabilidad por la Unidad de Auditoría Interna (UAI) de la CGE y la entidad; se prevé que el programa sea incluido en estas revisiones.
- 6.7. **Control externo e informes.** Se utilizarán los TDR estándar del financiador, en los cuales podrán ser incluidas las revisiones intermedias de la operación. Los procedimientos de contratación, alcance y presentación de las auditorías mencionadas se regirán de acuerdo a la Política de Gestión Financiera vigente y según el ¶4.2 de este documento. De acuerdo con la política de acceso a la información vigente, el Banco publicará los estados financieros auditados anuales.
- 6.8. **Plan de supervisión financiera.** Las actividades de supervisión podrán se ajustadas sobre la base de la evaluación de los riesgos del programa.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/18

Bolivia. Préstamo \_\_\_\_/BL-BO al Estado Plurinacional de Bolivia  
Programa de Mejora en la Accesibilidad a los Servicios de  
Salud Materna y Neonatal en Bolivia

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con el Estado Plurinacional de Bolivia, como prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Mejora en la Accesibilidad a los Servicios de Salud Materna y Neonatal en Bolivia. Dicho financiamiento será con cargo a los recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco, de la siguiente manera: (i) hasta por la suma de US\$41.250.000, sujeto a términos y condiciones financieras concesionales ("CO Concesional"); y (ii) hasta por la suma de US\$233.750.000, sujeto a los términos y condiciones financieras aplicables a las operaciones financiadas con los recursos del programa regular del CO del Banco ("CO Regular"), según se indican en el Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo, y sujeto a las Condiciones Contractuales Especiales de dicho Resumen.

(Aprobada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018)