

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BOLIVIA

APOYO A POBLACIONES VULNERABLES AFECTADAS POR CORONAVIRUS II

(BO-L1219; 5376/OC-BO)

PROPUESTA DE REFORMULACIÓN

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Manuel Urquidí (SCL/LMK) y Luis Buscarons (SCL/SPH), Co-Jefes de Equipo; Francisco Ochoa, Stephanie Alvarado y Vanessa Curran (SCL/SPH); Liliana Serrate y Solange Sardan (SCL/LMK); Pilar Jiménez de Arechaga (LEG/SGO); Willy Bendix y Miguel Orellana (VPC/FMP); Amancaya Conde, Joyce Elliot, Alejandro Quevedo y Liliana Castilleja (CAN/CBO); Fernanda Palomino (ESG/CPE).

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

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. ANTECEDENTES Y AVANCES DEL PROYECTO DE APOYO A POBLACIONES VULNERABLES AFECTADAS POR CORONAVIRUS II	2
A. Propósito y solicitud del Gobierno de la reformulación del proyecto de Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II	2
II. MODIFICACIONES PROPUESTAS Y JUSTIFICACIÓN.....	4
A. Antecedentes, problemática y justificación	4
B. Objetivos, componentes y costos	13
III. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	16
A. Instrumentos de financiamiento	16
B. Riesgos ambientales y sociales	17
C. Riesgos fiduciarios.....	17
D. Otros riesgos y temas clave	18
IV. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	18
A. Resumen de los arreglos de implementación	18
B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados	20
V. RECOMENDACIÓN.....	21

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

ENLACES ELECTRÓNICOS REQUERIDOS (EER)	
EER#1	Plan de Monitoreo y Evaluación Simplificado
EER#2	Plan de Adquisiciones

ENLACES ELECTRÓNICOS OPCIONALES (EEO)	
EEO#1	Racionalidad de Viabilidad Económica
EEO#2	Nota sobre políticas de protección social en el contexto de COVID-19
EEO#3	Justificación de la duración de 24 meses
EEO#4	Plan estratégico de preparación y respuesta al COVID-19
EEO#5	Lista de insumos con la OMS del paquete COVID-19 con especificaciones técnicas
EEO#6	Lista no exhaustiva de los insumos principales del paquete COVID-19 por pilar del plan de respuesta
EEO#7	Porcentajes de cobertura de inmunización contra COVID-19
EEO#8	Análisis de interrupción-postergación de servicios de salud post pandemia
EEO#9	Reglamento Operativo del Programa
EEO#10	Carta de solicitud de la Reformulación
EEO#11	Plan nacional para la vacunación contra el COVID-19
EEO#12	PEP-POA
EEO#13	Bibliografía
EEO#14	Lecciones aprendidas
EEO#15	Coordinación con otros donantes
EEO#16	Definiciones de términos
EEO#17	Evidencia de efectividad (referencias bibliográficas)
EEO#18	Filtros de Evaluación Ambiental y Social

ABREVIATURAS	
ALC	América Latina y el Caribe
BCH	Bono Contra el Hambre
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BOB	Boliviano (moneda)
CNEES	Consejo Nacional Estratégico de Emergencia Sanitaria
CT	Cooperación técnica
ETA	Entidades Autónomas Territoriales
EPP	Equipos de protección personal
GdB	Gobierno de Bolivia
MEFP	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
OE	Organismos Ejecutores
OMS	Organización Mundial de la Salud
p.p.	Puntos porcentuales
PEPR	Plan Estratégico de Preparación y Respuesta
PIB	Producto Interno Bruto
POD	Propuesta de Desarrollo de la Operación
RD	Renta Dignidad
RHS	Recurso Humano de Salud
ROP	Reglamento Operativo del Proyecto
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información de Salud
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
TLM	Tele Medicina
UEP	Unidad Ejecutora del Proyecto

RESUMEN DEL PROYECTO
BOLIVIA
APOYO A POBLACIONES VULNERABLES AFECTADAS POR CORONAVIRUS II
PROPUESTA DE REFORMULACIÓN
(BO-L1219 – 5376/OC-BO)

Términos y Condiciones Financieras				
Prestatario:			Facilidad de Financiamiento Flexible ^(a)	
Estado Plurinacional de Bolivia			Plazo de amortización:	23 años
Organismos Ejecutores:			Período de desembolso:	2 años
Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) y el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD)			Período de gracia:	10 años ^(b)
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en SOFR ¹
BID (Capital Ordinario):	500.000.000	100	Comisión de crédito:	(c)
			Comisión de inspección y vigilancia:	(c)
Total:	500.000.000	100	Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años
			Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América
Esquema del Proyecto				
Objetivo/descripción del proyecto: El Programa reformulado tiene como objetivo de desarrollo general contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19, reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. El proyecto tendrá cinco objetivos de desarrollo específicos: (i) apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación; (ii) fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país; (iii) mejorar la detección y seguimiento de los casos; (iv) apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; y (v) mejorar la capacidad de provisión de servicios.				
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del Componente 1 y Subcomponente 3.1: Se mantienen las condiciones del documento original (i) que el MEFP haya designado al coordinador técnico y al personal financiero asignado al proyecto; y (ii) que el MEFP y la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo hayan suscrito un acuerdo o hayan aprobado un Reglamento Operativo del Proyecto (ROP), en el cual se detallen las responsabilidades de las partes en la ejecución del proyecto y el modo en que se realizarán los reportes de pagos para reembolso y desembolsos de los recursos del préstamo (¶4.8). Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del Componente 2 y Subcomponente 3.2: (i) que el MSyD haya creado la Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP) con autonomía técnica/administrativa/fiduciaria y legal; y (ii) que el MSyD haya aprobado un reglamento operativo, en el cual se detallen las responsabilidades de las partes en la ejecución del proyecto (¶4.9).				
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.				
Alineación Estratégica				
Desafíos^(d):		SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales^(e):		GE <input type="checkbox"/> y DI <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/> y ES <input type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>

- (a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda, de tasa de interés, de productos básicos y de protección contra catástrofes. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.
- (b) Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo 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.
- (c) 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.
- (d) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).
- (e) GE (Igualdad de Género) y DI (Diversidad); CC (Cambio Climático) y ES (Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

¹ Se incluye el resumen ejecutivo en la reformulación en consideración al cambio en la tasa de interés de Libor a SOFR.

I. ANTECEDENTES Y AVANCES DEL PROYECTO DE APOYO A POBLACIONES VULNERABLES AFECTADAS POR CORONAVIRUS II

A. Propósito y solicitud del Gobierno de la reformulación del proyecto de Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II

- 1.1 **Resumen de las Modificaciones Propuestas.** La propuesta de modificación al proyecto de “Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II” (5376/OC-BO) tiene como propósito reorientar los recursos del Subcomponente 2 del Componente único del proyecto original, a fin de utilizar parte de los recursos del proyecto para financiar actividades de salud pública destinadas a contener y controlar la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), así como sus efectos sobre el sector salud.
- 1.2 **Antecedentes.** El objetivo de desarrollo general de la propuesta de préstamo originalmente aprobada es contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19. El objetivo de desarrollo específico es apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el período inmediato y durante la recuperación. Para ello, la propuesta de préstamo original preveía un solo Componente, el cual se dividía en dos Subcomponentes de US\$249,9 millones cada uno, para financiar, respectivamente, los siguientes programas de transferencias monetarias existentes: el Bono Contra el Hambre (BCH), y la Renta Dignidad (RD). Adicionalmente se preveía US\$100.000 para la auditoria de cada Subcomponente.
- 1.3 **Avance en la Implementación y Solicitud del Gobierno.** La propuesta original fue aprobada por el Directorio Ejecutivo del Banco el 20 de octubre de 2021. En noviembre de 2021, el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia (GdB) contaba ya con la autorización para la firma del contrato y envío del mismo para ratificación del poder Legislativo. En el mismo periodo se produjo el impacto de una cuarta y quinta ola de COVID-19 (fines de 2021 y principios de 2022). En ese momento la población de Bolivia todavía tenía bajas tasas de inmunización. Estos factores generaron tensión sobre el sistema de salud, tanto por los efectos directos como indirectos que la pandemia estaba ocasionando. En ese contexto, el GdB solicitó al Banco ([EEO#10](#)) utilizar los recursos del Subcomponente 2 para financiar la respuesta de salud, particularmente para: (i) fortalecer el sistema de información para la conducción y el monitoreo de la pandemia; (ii) fortalecer la capacidad de detección y seguimiento mediante la mejoría e interoperabilidad de la red de laboratorios para el diagnóstico de casos; (iii) apoyar iniciativas que incrementen la cobertura de inmunización a fin de interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; y (iv) mejorar la capacidad de provisión de servicios que aseguren, por una parte, el adecuado tratamiento de los pacientes COVID-19 y, por otra, la continuidad de servicios esenciales en el sistema interrumpidos por el impacto de la pandemia.
- 1.4 **Cambios propuestos.** Para atender esta solicitud, se proponen los siguientes cambios concretos. Para apoyar la respuesta de salud, se reorientarán el total de US\$249.900.000 del Subcomponente 2 (aproximadamente el 50% del monto original total del préstamo) a un nuevo Componente 2 que financiará necesidades del sector salud frente a la pandemia, el cual se subdividirá en cinco

Subcomponentes (ver ¶2.24 a ¶2.29), y a un nuevo Componente 3 para gestión, monitoreo y evaluación (¶2.30).

- 1.5 La reorientación de recursos requiere agregar un elemento al objetivo general: la operación contribuirá a reducir la morbi-mortalidad causada por COVID-19 y a mitigar sus efectos sobre la disrupción y desplazamiento de servicios de salud. También requiere agregar cuatro nuevos objetivos específicos: además del original de apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación, se incluye el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud, mejorar la detección y seguimiento de los casos, apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad y el mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios.
- 1.6 Asimismo, se modifica el esquema de ejecución para agregar al Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) como ejecutor del Componente 2 y Subcomponente 3.2. El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) se mantiene como ejecutor del Componente 1 y del Subcomponente 3.1.

Cuadro 1. Cambios propuestos.

Aspecto del Proyecto	Propuesta Original	Modificación
Objetivo General	Contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19.	Contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19, reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud
Objetivo(s) Específico(s)	Apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación.	Se mantiene el objetivo específico de apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación y se agregan los siguientes: -Fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país; -Mejorar la detección y seguimiento de los casos; -Apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; -Mejorar la capacidad de provisión de servicios.
Estructura	Un solo componente dividido en dos Subcomponentes.	La operación pasa a tener tres componentes. El Componente 2 se subdivide en cinco Subcomponentes. Se agrega un tercer componente para gestión, monitoreo y evaluación por US\$6.300.000. (¶2.30)
Esquema de Ejecución	Un solo organismo ejecutor: MEFP	Dos co-ejecutores: MEFP y MSyD (¶4.1)
Subcomponente 1	Financia programa de BCH por US\$249.900.000	Pasa a ser Componente 1 y continúa financiando BCH por US\$250.000.000 (¶2.23) ² .
Subcomponente 2	Financia programa de RD por US\$249.000.000	Pasa a financiar actividades de los nuevos Componentes 2 y 3, consistentes en actividades de salud pública por US\$243.700.000 (¶2.24-¶2.29) y actividades de gestión, monitoreo y evaluación por US\$6.300.000 (¶2.30), respectivamente.
Condiciones Previas	Aplican solo al MEFP	Se adaptan para aplicar a ambos Organismos Ejecutores (¶4.9)
Tasa de Interés de Referencia	Basada en LIBOR	Basada en SOFR (¶1.9)

² El incremento de monto se debe a los US\$100.000 de auditoría ya previstos en la operación original, pero como parte del antiguo Componente único.

- 1.7 Según se desprende de lo anterior, las actividades que se dejan de financiar serían las correspondientes al Subcomponente 2 del Componente único de la propuesta de préstamo original correspondientes al pago parcial de las transferencias monetarias a personas que participan del programa Renta Dignidad. Cabe notar que las personas beneficiarias recibieron ya las transferencias con financiamiento propio del Gobierno.
- 1.8 **Condiciones Previas al Desembolso.** Serán las mismas previstas en la propuesta de préstamo original pero adaptadas al nuevo esquema de ejecución que prevé dos ejecutores (ver ¶4.8 y ¶4.9).
- 1.9 **Condiciones Financieras.** Las condiciones financieras del préstamo original se mantienen, con un único cambio que la tasa de interés basada en LIBOR, vigente en el momento de la aprobación de la operación original, se ajusta a la tasa de interés basada en SOFR, actualmente utilizada por el Banco en sus contratos de préstamo.
- 1.10 **Riesgos ambientales y sociales producto de la formulación.** Dado que el proyecto original (categorizado como "C") nunca inició ejecución, no existen pasivos socioambientales como consecuencia de su reformulación.

II. MODIFICACIONES PROPUESTAS Y JUSTIFICACIÓN

A. Antecedentes, problemática y justificación

- 2.1 **Antecedentes.** El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó a la enfermedad COVID-19, causada por el virus que afecta las vías respiratorias, novel-Coronavirus o nCoV-2019, como una pandemia que ha desencadenado una profunda crisis sanitaria y social que sigue vigente y que ha generado un gran deterioro en las condiciones de vida de la población, en su nivel de bienestar básico y en su estado de salud. A la fecha (20 de septiembre de 2022), se han registrado más de 612 millones de casos confirmados en el mundo que han resultado en más de 6,5 millones de muertes³. A finales de febrero de 2020 se reportaron los primeros casos en América Latina y el Caribe (ALC) que, con más de 128,6 millones de casos y más de 2,5 millones de muertes desde entonces⁴, se convirtió en una de las regiones más golpeadas, con una tasa de letalidad de 2,3%⁵. El número de defunciones causadas por la pandemia en ALC, comparada con las demás regiones del mundo, confirma la particular vulnerabilidad de la región frente al COVID-19: si bien la población en ALC corresponde al 8,4% de la población mundial, el total de muertes por causa de la COVID-19 ha mantenido en el periodo comprendido entre marzo 2020 y marzo 2022 un promedio del 27% del total de muertes por COVID-19 a nivel mundial. Los problemas estructurales de la región de pobreza, desigualdad, brechas de género, informalidad, espacio fiscal limitado y baja productividad están relacionados con la mayor vulnerabilidad de su población ante la pandemia y la consecuente crisis [1] [2]. En Bolivia, el primer caso se registró el 10 de marzo de 2020 y la primera muerte a causa de la COVID-19 ocurrió el 29 del mismo mes; al día 22 de septiembre de 2022, se habían registrado 1,106 millones de casos y

³ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

⁴ <https://ais.paho.org/phip/viz/COVID19Table.asp>.

⁵ En Europa la tasa de letalidad es de 0,8: cálculo de SPH usando datos de Johns Hopkins Coronavirus Resource Center.

22.216 defunciones, con una letalidad reportada global del 2,0% [3].

- 2.2 Amparado en el Código de Salud (Ley 15629 de 18 de julio de 1978) que establece que cuando una parte o todo el país se encuentre amenazado o invadido por una epidemia, la Autoridad de Salud declarará zona de emergencia sujeta a control sanitario y adoptará las medidas sanitarias, el 17 de marzo de 2020 se declaró la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto Supremo 4196). El 17 de febrero de 2021 se promulgó la Ley 1357 de Emergencia Sanitaria mediante la cual se creó el Consejo Nacional Estratégico de Emergencia Sanitaria (CNEES), constituido por 11 ministerios bajo la presidencia de la cartera de salud y que es responsable de conducir la respuesta del país a la pandemia y de la coordinación multisectorial. Las limitaciones del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), por ejemplo, con la imposibilidad de conocer en tiempo real la ocupación hospitalaria o el número de pacientes COVID-19 ingresados, o por la imposibilidad de interoperabilidad de los sistemas de los laboratorios, se han constituido en un hándicap para que el CNEES pudiera adoptar de forma oportuna medidas efectivas.
- 2.3 **En 2021 se estableció el Bono Contra el Hambre (BCH) como instrumento de protección social**⁶. En términos de funcionamiento del mercado laboral, el 82% de las personas menores de 60 años estaba en 2021 ocupado en el sector informal y por ello fue más afectado por la crisis sanitaria. De acuerdo con la Encuesta de Hogares 2020, alrededor de 70% de las personas sin ingreso fijo que se beneficiaron del BCH contaban con ingresos por debajo de un salario mínimo (BOB 2.164; US\$315). Por lo cual la transferencia de BOB 1.000 (US\$146) significó un apoyo para mantener un nivel mínimo de calidad de vida. El BCH alcanzó a 4 millones de personas⁷ en todo el país que no tenían ingresos estables. El mismo tenía la facilidad de que podía pagarse por ventanilla en agencias de cualquier entidad financiera o por aporte en cuenta del beneficiario, lo cual facilitó el pago a nivel nacional. Este bono tenía como objetivos la dinamización de la demanda interna y la mitigación de los efectos de la COVID-19 en las poblaciones vulnerables (Personas con discapacidad, mujeres gestantes y con niños menores a 2 años, desocupados, inactivos y personas que no trabajen formalmente en el sector privado y público). Gracias a la ampliación del plazo para el pago de este beneficio, se logró alcanzar al 98% de la población calificada para cobrarlo (aproximadamente 67% en áreas rurales)⁸, lo que se tradujo en transferencias que significaron al Estado Boliviano alrededor de BOB 4.015 millones (US\$585,3 millones). El apoyo al financiamiento del BCH se mantiene como aprobado en el proyecto original.
- 2.4 **Crisis sanitaria prolongada.** El segundo año de pandemia (marzo 2021 a marzo

⁶ El 16 de septiembre de 2020, se aprobó la ley 1330 de creación del Bono Contra el Hambre (BCH), regulado por el Decreto Supremo N°4392 del 16 de noviembre de 2020. El Bono lo pueden cobrar los mayores de 18 años (cumplidos al 16 de septiembre de 2020) que no reciben sueldo del sector público o privado ni pensión o renta de la seguridad social a largo plazo y además las Madres que reciban el Bono Juana Azurduy y Personas con Discapacidad. Este Bono consistió en la otorgación de una transferencia única de BOB. 1.000 (US\$146) pagado una única vez.

⁷ Considerando que en 2020 la proporción de personas pobres en el área rural se incrementó en 3,9 pp hasta alcanzar el 54,7% del total, se tiene una aproximación de lo importante que el BCH ha sido para esta población.

⁸ El apoyo total para los pagos de BCH es de aproximadamente US\$250 millones. Este monto representa alrededor del 44% del costo total. De acuerdo a lo aprobado en el proyecto original se financiarán parcialmente pagos realizados entre enero y mayo de 2021.

2022) tuvo un mayor número de defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes que durante el primer año (marzo 2020 a marzo 2021), aumentando de 1,15 muertes a 1,34 muertes [4], a pesar de que el proceso de vacunación inició en la región a principios de 2021. Entre finales de 2021 e inicios de 2022 impacta en Bolivia una nueva ola de contagios, que impulsó al Gobierno de Bolivia a proponer un ajuste al proyecto original para utilizar parte de los fondos de este para la respuesta de salud⁹. En Bolivia, para septiembre 2022, el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) reporta una mortalidad por COVID-19 de 1,85 muertes confirmadas por cada 1.000 habitantes. Los países de ALC realizaron grandes esfuerzos para acelerar la vacunación de su población, alcanzándose al 6 de septiembre de 2022 un nivel regional del 71,5% de la población con esquema completo (dos dosis) [5]. Sin embargo, la cobertura varía significativamente entre subregiones, entre países e incluso entre áreas geográficas del mismo país. Considerando la evolución que tuvieron los países hasta el momento, se estima que al menos un tercio de ellos no alcanzará a vacunar el 70% del total de su población en el año 2022 (objetivo mundial planteado por la OMS para el 30 de junio 2022 [6]) debido a limitaciones en las capacidades de implementar los planes de vacunación, pero también a aspectos socioculturales de la población. Si bien las vacunas son el principal instrumento para controlar la crisis sanitaria, el descenso de la efectividad con el tiempo implica la necesidad de administrar una dosis de refuerzo (tercera dosis) de la vacuna contra la COVID-19 para mantener la inmunidad luego de cinco meses de haber completado el esquema de vacunación, en particular a raíz de nuevas variantes más contagiosas. Al 6 de septiembre de 2022, el porcentaje de personas con dosis de refuerzo contra la COVID-19 en ALC es sólo del 48,1% con aún mayores desigualdades entre y dentro de los países. El nivel de inmunización en Bolivia presenta un importante rezago con relación a la región, particularmente en áreas rurales y con población originaria, a pesar de que el país adquirió un número suficiente de dosis para vacunar a toda la población. Al 15 de agosto de 2022 la inmunización completa a nivel nacional alcanzaba al 49,9% de la población, pero existían departamentos con una muy baja cobertura, como son Pando (36,8%), Beni (37,23%), y Potosí (41,20%), y solamente el 16,98% de la población contaba con una dosis de refuerzo (EEO#7). En el municipio de El Alto, con una población de 1,1 millones de habitantes, en la gran mayoría de etnia Aymara, para la citada fecha sólo el 30% de la población había recibido la primera dosis y el 11% las dos dosis. Esta circunstancia, si no es subsanada, sitúa al sistema de salud boliviano en una situación de alta vulnerabilidad ante la aparición de sucesivos brotes y el descenso natural de la inmunidad en las personas.

- 2.5 **Contexto macroeconómico y social.** La pandemia generó una profunda crisis sanitaria y social que sigue vigente y que ha comportado un deterioro en las condiciones de vida de la población, en su nivel de bienestar y en su estado de salud. La crisis económica derivada, que mostró señales de cierta recuperación en 2021, proyecta una desaceleración en 2022 con altos niveles de incertidumbre y sin alcanzar los niveles de crecimiento previos a la pandemia [7]. En Bolivia, el Producto Interno Bruto (PIB) cayó 8,7% en 2020. En paralelo, el déficit fiscal llegó

⁹ La autorización para firma del contrato de Préstamo se aprobó a finales de 2021, pero se definió no proceder a firma de este hasta tener la reformulación en consideración a los plazos necesarios para ratificación del contrato de préstamo por el poder Legislativo, que requeriría aprobar también por un segundo proceso legislativo la reformulación.

al 12% del PIB y se prevé que esté alrededor del 8,5% en 2022¹⁰. En términos laborales, la tasa de desocupación pasó del 4,3% durante el tercer trimestre del 2019 al 10,8% en el mismo periodo en 2020 y llegando a 6,3% en el mismo periodo el 2021 [8]. Pero el efecto no se limitó al incremento de la tasa de desocupación, sino además a la caída en las horas trabajadas de aquellos que aun clasifican como ocupados pero cuyos ingresos cayeron a consecuencia de la imposibilidad de trabajar con la misma intensidad que antes de la emergencia sanitaria¹¹. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, en el 2019, el 37,2% de la población vivía bajo la línea de pobreza moderada y el 12,9% de la población bajo la línea de pobreza extrema¹². En 2020, la pobreza moderada se encontraba en 39% y la pobreza extrema en 13,7%. Entre 2019 y 2020 aumentó en 299.000 y en 119.000 respectivamente el número de personas viviendo bajo la línea de pobreza moderada y extrema. Esto representa un cambio significativo en la tendencia de la pobreza en Bolivia porque entre 2018 y 2019 esos indicadores se redujeron por 2,7 puntos porcentuales (p.p.) y 2,5 p.p. respectivamente. En 2021 los indicadores de pobreza fueron ligeramente inferiores a 2019: 36,3% pobreza moderada, y 11,1% pobreza extrema; sin embargo, la rápida caída en 2020 nos muestra que, ante eventos de esta dimensión, las personas que viven en situación de pobreza o vulnerabilidad en Bolivia no cuentan con mecanismos adecuados para compensar una caída en sus ingresos. Por tanto, sectores muy amplios de la población requieren de apoyo al ingreso para enfrentar las crisis económicas.

- 2.6 **Interacción entre COVID-19 y desigualdad.** Si bien durante los primeros meses de la pandemia pareció que todas las personas enfrentaban riesgos similares ante el virus de COVID-19, rápidamente se hizo evidente que no todos tienen la misma probabilidad de contagio, de desarrollar una enfermedad grave debido a COVID-19 o de morir por causa de ello, de tal forma que el impacto no se distribuye homogéneamente en la sociedad, sino que lo hace inequitativamente de acuerdo con la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud [10]. El impacto de la COVID-19 ha sido y es mayor en quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, es decir: personas en situación de pobreza, y pobreza extrema; personas migrantes; personas con discapacidad; personas mayores; personas afrodescendientes; y pueblos originarios, entre otros [11]. Si tomamos la expectativa de vida de la población como “*proxy*” de los determinantes de la salud, puede observarse que Chile y Costa Rica, que son los países de la región que tienen una mayor expectativa de vida al nacer (ambos con 80 años para 2020), han presentado a marzo 2022 unas tasas de exceso de mortalidad por COVID-19¹³ menores de 100 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que Bolivia, que es uno de los países junto a Haití y Surinam que presenta la expectativa de vida al nacer menor (71 años para 2020), ha presentado la mayor tasa de exceso de mortalidad de la región, por encima de 700 muertes por cada 100.000 habitantes¹⁴.

¹⁰ <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=NY.GDP.MKTP.CD&country=> (30 de junio, 2021). Déficit fiscal 2020 se tomó del Banco Central de Bolivia (BCB) y la proyección para 2021 del Programa Fiscal Financiero del MEFP y BCB.

¹¹ Según las Encuestas de Hogares de 2019 y 2020, las horas trabajadas semanales cayeron un promedio de 54,7% de 42 a 19 horas.

¹² Ver EEO#16 y [9].

¹³ [12]. Ver también EEO#16.

¹⁴ https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/covid_19_excess_mortality.

- 2.7 La pandemia en ALC ha puesto de manifiesto las debilidades estructurales de los sistemas de salud. El sistema de salud boliviano, como ocurre en la mayoría de los sistemas de la región, está caracterizado por la fragmentación y segmentación del mismo: mientras la población con mayor poder adquisitivo y los empleados formales cuentan con una oferta de servicios de mayor calidad y resolución a través, respectivamente, de proveedores privados y de la Seguridad Social, la población de niveles socio-económicos bajos son cubiertos por una oferta más precaria (en cantidad y calidad), agravado esto muchas veces por problemas de accesibilidad debido a barreras geográficas, económicas y/o culturales. Hasta 2019 el sistema público de salud boliviano cubría gratuitamente solamente la atención a niños hasta los cinco años, la de adultos mayores y atenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. A partir de febrero de 2019, con la Ley 1152, se inicia una transición en el sector hacia la cobertura universal y gratuita de toda la población, en particular de las personas sin seguro de salud, es decir, que no están protegidos por la Seguridad Social (que cubre solamente al 37,6% de la población). Este proceso, que representa un importante esfuerzo fiscal, se vio afectado por la pandemia. El presupuesto del MSyD pasó de US\$2.692 millones en 2018 a US\$3.237 millones en 2021 (incremento del 20%); el presupuesto inscrito para 2022 es de US\$3.438 millones. Tomando como aproximación para medir el desarrollo de los sistemas de salud el nivel de financiamiento, se evidencia que cuanto menor es el gasto público en salud, también mayor ha sido el impacto de la pandemia medido como exceso de muertes [13]. En la región, los países con mayores gastos públicos en salud y gastos moderados o bajos de bolsillo, como son Uruguay y Costa Rica, han sido los que han presentado las menores tasas de exceso de mortalidad [14] mientras que las mayores tasas de exceso de mortalidad observaron en Perú, con un gasto público en salud bajo, y en Ecuador y Bolivia, ambos con un histórico de gasto público en salud también bajo, aunque con una tendencia reciente hacia un gasto medio.
- 2.8 Asimismo, el déficit de Recurso Humano de Salud (RHS) ha sido una de las principales barreras de acceso a cuidados que repercutió de forma directa sobre la salud de la población: en Bolivia, Ecuador y Perú, entre el 3% y 4,5% de la población reportó como razón para no acceder a servicios de salud durante la pandemia la falta de personal médico. Son los tres países de la región con un mayor exceso de mortalidad registrada [14]. En aquellos países en los que hubo problemas de acceso a los servicios de salud relevantes se dieron las mayores tasas de exceso de mortalidad, constituyendo un paradigma de ello Bolivia, donde casi un cuarto de la población afirma no haber recibido la atención o tratamiento médico necesario y la tasa de exceso de mortalidad es la más alta de la región.
- 2.9 Además de las graves debilidades estructurales de los sistemas de salud que limitaron la disponibilidad de la oferta asistencial por la reorganización y, en algunos casos, el colapso de los servicios de atención provocada por la sobredemanda asistencial, las poblaciones más vulnerables sufrieron también barreras financieras de acceso debido a la profunda crisis económica que la pandemia ocasionó. Si bien los datos variaron en el periodo, muchos hogares de la región reportaron no haber accedido a los servicios de salud por falta de dinero en algún momento de 2020 y 2021 [15]. En Bolivia, el porcentaje de hogares que reportó no tener acceso a la salud por falta de dinero llegó hasta 6,4% (con un promedio global durante todo el periodo mencionado del 3%).

- 2.10 **Problemática. Impacto de la pandemia en las poblaciones vulnerables y en el sistema de salud boliviano.** Las repercusiones de la crisis afectaron negativamente los ingresos de la mayoría de las personas, particularmente a los grupos más pobres y vulnerables, que dependen de sus actividades laborales, en gran parte informales, para sustentar su consumo. Incluso en choques transitorios al ingreso, la mayoría de las personas no tienen capacidad de sostener su consumo frente a disminuciones drásticas en su ingreso diario. En este sentido, según las encuestas de hogares de Bolivia, se estima que el ingreso personal mensual de la población económicamente activa cayó en promedio 12% entre 2019 y 2020 y alrededor de 163.000 individuos más que en 2019 reportaron ingresos por debajo de un salario mínimo de 2.122 bolivianos-BOB (US\$304,8). Dentro de los grupos vulnerables frente a la pandemia, en Bolivia se destacan las personas sin ingreso fijo que se beneficiaron del BCH por no tener sueldo del sector público o privado y no recibir pensión de vejez ni la RD; se observa que, de acuerdo con la Encuesta de Hogares 2020, alrededor de 70% de éstos contaban con ingresos por debajo de un salario mínimo (BOB2.164; US\$315). Por lo cual, la transferencia de BOB1.000 (US\$146) significó un apoyo para mantener un nivel mínimo de calidad de vida.
- 2.11 Entre 2019 y 2020 el empleo formal, que cuenta con cobertura de seguridad social, cayó 4% en Bolivia [16] la pérdida de empleos informales podría haber llegado a 4,2 millones [17]. La población que perdió su empleo formal dejó de estar cubierta por la Seguridad Social, pasando a engrosar la demanda médico asistencial del sistema público de salud. Considerando que cada afiliado en promedio representa la cobertura de cuatro beneficiarios, se estima que aproximadamente 4 millones de personas ya no son atendidos en establecimientos de salud de las diferentes Cajas de Seguridad Social fruto de esta crisis económica, y ahora demandan servicios en la oferta pública, lo que significa un incremento del 52,9% respecto a la población cubierta por el sistema público antes de la crisis.
- 2.12 Por otra parte, la limitada capacidad del sistema de salud boliviano, junto a la acumulación y aumento en las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, determinó la gran vulnerabilidad observada en términos de exceso de muertes por COVID-19. Bolivia cuenta con 1,4 camas hospitalarias por 1.000 habitantes y 11,3 médicos por cada 10.000 habitantes [18] (cuando los índices promedios regionales respectivos son de 2,3 y 23) y el déficit de camas de terapia intensiva es de 1.000 considerando el estándar de la OMS de una cama por cada 10.000 habitantes. Esta situación de déficit en la oferta explica el colapso ocurrido en el sistema en los años 2020 y 2021, con la imposibilidad de atender la sobredemanda asistencial generada, a pesar de que en el primer año de la pandemia se procedió a la ampliación de camas de algunos servicios de terapia intensiva y a la apertura de nuevos hospitales¹⁵ para atender exclusivamente a la COVID-19. Aunque el SNIS no recoge información sobre el número y causas de rechazo de atención en el sistema de salud, un reciente estudio sobre el incremento de la mortalidad materna en la región durante la pandemia demuestra que en Bolivia una de cada tres embarazadas con COVID-19 que debió acceder a terapia intensiva no lo consiguió y que las muertes maternas ocurridas por complicaciones en el puerperio no tuvieron acceso a cuidados intensivos [19].

¹⁵ Entre ellos, hospital Madre Obrera de Llallagua (Potosí), y El Alto Sur del Municipio de El Alto (La Paz), ambos financiados por el BID.

- 2.13 Adicionalmente, esta situación de desequilibrio abrupto entre oferta y demanda ha comportado el llamado efecto desplazamiento y/o postergación de cuidados, durante la pandemia y durante la actual etapa de crisis prolongada, constituyendo una importante barrera de acceso a servicios esenciales. Ello queda reflejado tanto en la reducción de las atenciones que tienen que ver con los cuidados obstétricos y pediátricos (respecto al periodo bianual de 2018 y 2019, en los años 2020 y 2021 se produjo una reducción del 13,2% de los partos en establecimientos de salud y una reducción del 35,4% en los controles del niño sano), como en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (con una reducción del 17,6% de las consultas ocurridas en los años 2021 y 2022 respecto a las atenciones prestadas en los años 2018 y 2019) ([EEO#8](#)).
- 2.14 Existe, por tanto, lo que podemos llamar un “stock de demanda” desplazada o postpuesta (en los cuidados relativos a salud sexual y reproductiva [\[20\]](#) [\[21\]](#) [\[22\]](#) y en las enfermedades crónicas no transmisibles), entendida como población que necesitó atención sanitaria y que no la recibió y, en consecuencia, un cúmulo de problemas de salud no resueltos que sobrecargarán en el corto plazo aún más la actual oferta asistencial, con un exceso de morbi-mortalidad [\[23\]](#), al tiempo que el sistema debe continuar enfrentando la demanda de la pandemia -con posibles nuevos brotes por la baja inmunidad-, sus secuelas crónicas -diversos síndromes por COVID-19 crónico-[\[24\]](#) [\[25\]](#), y la necesidad de seguir profundizando el programa de vacunación en amplios grupos poblacionales todavía no inmunizados.
- 2.15 La vacunación es indispensable para la interrupción de la cadena de transmisión [\[26\]](#). El GdB aprobó su Plan para la Vacunación contra la COVID-19 a finales de 2020 ([EEO#11](#)) y hasta la fecha adquirió 22,5 millones de dosis (vacunas Sputnik V, AstraZeneca, Sinopharm, Pfizer y Janssen) -de las cuales 650.000 fueron a través del mecanismo COVAX- para la inmunización de la población en el territorio nacional a partir de los cinco años de edad, aunque los niveles de cobertura son todavía bajos. El plan prevé la administración de una tercera dosis de refuerzo a la población general y actualmente el MSyD está estudiando la conveniencia de una cuarta dosis de refuerzo a determinados grupos de riesgo.
- 2.16 **Justificación y estrategia.** En línea con lo que han venido exponiendo diversos autores [\[27\]](#) [\[28\]](#), en Bolivia la situación de salud actual corresponde a una ‘*sindemia*’ (interacción mutua y agravante de epidemias que coexisten en tiempo y lugar) entre la COVID-19, los determinantes sociales de la salud -de los que un sistema público de salud limitado es uno de ellos- y las enfermedades crónicas no atendidas y pospuestas, cuya interacción produce las desigualdades observadas en términos de contagio y muerte por COVID-19. A ello se aúna el incremento de demanda proveniente de la población adicional sin Seguridad Social. Por ello, para enfrentar de forma integral las consecuencias sociales, económicas y sanitarias de dicha sindemia, se propone una intervención que combine las políticas de protección social (transferencias monetarias) con inversiones en el sistema de salud que permitan al GdB fortalecer la conducción institucional de la respuesta y el monitoreo de la infección por COVID-19, mejorar la red de laboratorios para diagnóstico de la enfermedad, incrementar el porcentaje de población inmunizada para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad e incrementar la capacidad de provisión asistencial para asegurar la atención oportuna y adecuada a los pacientes contagiados por COVID-19 al tiempo que se mantienen los servicios esenciales de salud.

- 2.17 La intervención del componente de salud corresponde a cuatro de los nueve pilares propuestos por el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta (PEPR) a COVID-19 ([EEO#4](#)): (i) Pilar 1, Coordinación, planificación y monitoreo, se fortalecerá al SNIS, tanto en el nivel central como en el nivel departamental, para mejorar las capacidades de coordinación, comunicación e información en tiempo real, creando una plataforma de inteligencia de negocios que permita el análisis de las bases de datos y la elaboración de indicadores que facilite la toma oportuna de decisiones; (ii) Pilar 6, Prevención y control de infecciones, se apoyará la compra de vacunas así como las campañas de información y sensibilización para incrementar el porcentaje de población con vacunación completa (al menos dos dosis) en los departamentos y áreas geográficas con menor cobertura de inmunización; (iii) Pilar 5, Laboratorios Nacionales, se fortalecerá la red de laboratorios y la interoperabilidad de sus sistemas de información para incrementar la capacidad de diagnóstico de la enfermedad; y (iv) Pilar 9, Mantenimiento de servicios sanitarios esenciales, se mejorará la capacidad de provisión de servicios a través de inversiones para: (a) incrementar la capacidad y despliegue del Programa de Tele Medicina (TLM) con el fin de mejorar la accesibilidad de la población de áreas rurales a servicios de consulta especializada, (b) fortalecer con equipamiento médico asistencial a los establecimientos de salud, dotándoles de mayor capacidad resolutive para el triaje y manejo de los casos COVID-19 y el mantenimiento de servicios esenciales interrumpidos o desplazados según su nivel de atención, y (c) apoyar los gastos de operación, incluidos RHS, insumos sanitarios, medicamentos y servicios generales, en los hospitales para el manejo de los pacientes COVID-19 y para el mantenimiento de la continuidad asistencial esencial. Existe evidencia sobre la efectividad de las intervenciones propuestas ([EEO#17](#)).
- 2.18 **Experiencia del Banco y lecciones aprendidas.** El Banco apoyó al país en la respuesta a la crisis sanitaria en las dos líneas propuestas por la operación. El programa “Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por el Coronavirus en Bolivia” (5039/OC-BO) benefició a 870.968 personas con pagos ordinarios de la RD y a 581.825 con pagos extraordinarios¹⁶. Adicionalmente, 2.057.589 de hogares recibieron subsidios de electricidad. Como parte de otras intervenciones de apoyo al país para la atención a la crisis sanitaria, se reorientaron US\$5.617.174 del “Programa de Mejora en la Accesibilidad a los Servicios de Salud Materna y Neonatal en Bolivia” (4612/BL-BO) para la adquisición de equipamiento, medicamentos, insumos, reactivos y equipos de protección personal (EPP) que apoyaron al MSyD en la respuesta más inmediata a la atención de pacientes COVID-19. El proyecto reformulado mantiene las lecciones aprendidas del programa 5039/OC-BO de establecer mecanismos que permitan expandir la cobertura de las transferencias durante las crisis, la existencia de amplios registros sociales y la disponibilidad de mecanismos de pago electrónico. Así mismo, incorpora las lecciones aprendidas del “Proyecto de respuesta inmediata de salud pública en el marco de la pandemia COVID-19 para contener, controlar y mitigar su efecto en la prestación de servicios de salud en Argentina” (5032/OC-AR) de considerar los programas de telesalud para asegurar la continuidad asistencial de servicios esenciales, particularmente en pacientes crónicos, donde se objetivó la importancia de definir el modelo de prestación de servicios en esta modalidad de atención. Incluye además lecciones aprendidas de

¹⁶ La RD disminuyó la probabilidad de pasar hambre en un 40% durante la pandemia. [\[29\]](#)

la cartera de operaciones ejecutadas y en implementación en el sector salud en Bolivia: “Fortalecimiento de las Redes Integrales de Salud en el Departamento de Potosí” (2614/BL-BO); “Mejoramiento al Acceso a Servicios de Salud en Bolivia” (2822/BL-BO); y “Mejoramiento al Acceso a Servicios de Salud El Alto Bolivia” (3151/BL-BO). Ver [EEO#14](#). La operación (5078/OC-BO) “Programa Global de Crédito para la Defensa del Tejido Productivo y Empleo en Bolivia”, se aprobó en julio de 2020, con el objetivo de defender el tejido productivo y el empleo a través del apoyo al financiamiento de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas. Luego de varias sesiones con las contrapartes para reformular la operación, previo a firma del contrato, el Gobierno de Bolivia tomó la decisión de renuncia total del préstamo, en octubre de 2022.

2.19 **Coordinación con otros organismos multilaterales y/o agencias de cooperación y socios.** El gobierno de Japón, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), está procesando un financiamiento paralelo al presente proyecto (un apoyo presupuestario basado en políticas) por US\$136 millones, lográndose con ello una complementariedad en la intervención de apoyo para el financiamiento de transferencias extraordinarias. La operación 5039/OC-BO también contó con financiamientos paralelos del Banco Mundial y de la Corporación Andina de Fomento para las transferencias monetarias en 2020. Acciones de apoyo a la respuesta en salud han sido también coordinadas en el seno del subgrupo de salud Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia¹⁴. Ver [EEO#15](#).

2.20 **Alineación estratégica.** El proyecto reformulado es consistente con la Segunda Actualización de la Estrategia Institucional del BID (AB-3190-2) y se alinea estratégicamente con los desafíos de Inclusión Social e Igualdad, al asegurar niveles mínimos de renta de las personas vulnerables, y al contribuir al acceso equitativo a los servicios de salud y a la inmunización con una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19. También se alinea con las áreas transversales de: Igualdad de Género y Diversidad, al favorecer la accesibilidad equitativa a la inmunización y servicios de salud esenciales, entre otros, a población originaria y poblaciones vulnerables (actualmente con un bajo grado de cobertura); y de Capacidad Institucional y Estado de Derecho, al incrementar la capacidad de respuesta del MSyD para la conducción de la respuesta al COVID-19 a nivel de país. Contribuye al Marco de Resultados Corporativos 2020-2023 (GN-2727-12) mediante el reforzamiento del CNEES con capacidades gerenciales y de tecnología digital, y el incremento de beneficiarios de los servicios de salud y de los programas destinados a combatir la pobreza. También está alineado con la Estrategia del Grupo BID en Bolivia 2022-2025 (GN-3088) con el área prioritaria III de Desarrollo Social Inclusivo y Sustentable. Asimismo, es consistente con el Marco Sectorial de Salud (GN-2735-12) al apoyar: (i) el fortalecimiento de las acciones de comunicación e información para el cambio de conductas con relación a los programas de vacunación; y (ii) el fortalecimiento de la prestación de servicios, incluyendo la dotación del equipamiento médico e insumos necesarios para el manejo de casos COVID-19, el mantenimiento de los servicios sanitarios esenciales y la mejora de la cadena de frío conexas a la gestión logística de las vacunas. De esta forma, es consistente con la Propuesta para la Respuesta de Gobernanza del Grupo BID frente al Brote Pandémico de la COVID-19 (GN-2996), en lo referido a la respuesta inmediata para la salud pública, dado que las acciones propuestas están orientadas a: (i) contener la enfermedad, al desacelerar y/o detener la transmisión a través del fortalecimiento de la capacidad

institucional de conducción de la respuesta, del diagnóstico y del seguimiento de casos y del incremento de la cobertura de inmunización; y (ii) mitigar el impacto de la enfermedad, a través del mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios, para la atención de casos y para asegurar la continuidad de los servicios esenciales.

B. Objetivos, componentes y costos

- 2.21 **Objetivos.** El objetivo de desarrollo general del programa reformulado es contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19, reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. El proyecto reformulado tendrá cinco objetivos de desarrollo específicos: (i) apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación; (ii) fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país; (iii) mejorar la detección y seguimiento de los casos; (iv) apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; y (v) mejorar la capacidad de provisión de servicios.
- 2.22 La operación reformulada estará estructurada en tres componentes:
- 2.23 **Componente 1. Protección de la población vulnerable mediante el Bono Contra el Hambre (US\$250 millones).** Este componente, tal como quedó aprobado en la propuesta de préstamo original, financiará el pago de una parte de los costos del BCH. Para apoyar la eficiente distribución de las transferencias, también se podrá reembolsar el costo de la comisión por realizar las transferencias hasta por 2 BOB por transferencia. Tal como quedó aprobado en la propuesta de préstamo original, dicho financiamiento podrá ser retroactivo, siempre que (i) se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo, (ii) los procedimientos de contratación guarden conformidad con los Principios Básicos de Adquisiciones y (iii) los gastos hayan sido efectuados a partir del 1 de enero de 2021. Según se detalló en la propuesta de préstamo originalmente aprobada, circunstancias excepcionales de la emergencia de salud global justificaron autorizar excepcionalmente el reconocimiento de estos gastos.¹⁷
- 2.24 **Componente 2. Reducción de la morbi-mortalidad causada por la COVID-19 y mitigación de los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud (US\$243,7 millones).** Estas acciones buscan responder tanto a los casos nuevos de la enfermedad, como a las secuelas dejadas por esta y al desplazamiento inicial de los servicios esenciales que se ha traducido en un stock de demanda acumulada con una mayor complejidad por el retraso en los diagnósticos y/o tratamientos. Este componente está dividido en cinco subcomponentes:
- 2.25 **Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de la conducción de la respuesta a nivel del país (US\$15,1 millones).** Fortalecerá al MSyD en su capacidad de conducción de la respuesta a nivel del país, mejorando el monitoreo en términos de contagios y utilización/ocupación de recursos asistenciales, incluyendo paneles de seguimiento para la gestión de la cobertura del programa de inmunización. Podrá financiar, entre otras actividades: (i) inversiones en equipamiento informático (hardware y software); (ii) adquisición de servidores virtuales; (iii) adquisición de licencias, certificación y producción de software;

¹⁷ Ver PR-4924, ¶3.4 y ¶3.5.

(iv) asistencia técnica al SNIS, incluyendo el desarrollo de protocolos y capacitaciones; (v) gastos necesarios para facilitar la comunicación y el apoyo operativo, y gastos logísticos para la movilización de personal; y (vi) el desarrollo de una base normativa para dar respaldo legal al uso de tecnología en la prestación de servicios. Con ello se espera construir: (i) una nueva arquitectura del Sistema Único de Información en Salud (SUIS); (ii) una plataforma de negocio inteligente para la gestión de bases de datos y la creación de indicadores; y (iii) una propuesta de marco normativo para Tecnología de Información y Comunicación (TIC) en salud, desarrollando un ecosistema digital que fortalezca la coordinación, gestión y monitoreo de la pandemia por COVID-19 y que mejore la conducción de la respuesta a nivel del MSyD y de los diferentes Servicios Departamentales de Salud (SEDES).

- 2.26 **Subcomponente 2.2. Detección y seguimiento de los casos (US\$5,0 millones).** Apoyará acciones para acelerar la detección oportuna y seguimiento de casos, fortaleciendo la red de laboratorios y la incorporación de herramientas digitales y de comunicación en tiempo real para la notificación y seguimiento de casos. Se podrá financiar, la compra de equipo, reactivos e insumos de laboratorio, TIC, equipos y tecnología para la conectividad y puntos de acceso (por ejemplo, tabletas, laptops, enrutadores, licencias de software, entre otros), servicios de conectividad, servicios de consultoría para el desarrollo y adaptación de nuevas soluciones informáticas (software) e implementación de soluciones informáticas en campo entre otras actividades.
- 2.27 **Subcomponente 2.3. Apoyo a iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad (US\$21,5 millones).** Apoyará el incremento de la cobertura de la inmunización de la población con vacunas COVID-19 seguras y eficaces¹⁸. Entre otras actividades, se podrán financiar compras bilaterales con los laboratorios fabricantes de vacunas COVID-19. Podrán financiarse también los gastos de transporte, flete y seguro para el transporte de la vacuna, los insumos fungibles necesarios para la vacunación y la adquisición de equipamiento para el fortalecimiento de la cadena de frío conexas a la cadena de suministro y gestión de las vacunas. Igualmente, el desarrollo e implementación de estrategias de comunicación intercultural (como adaptaciones culturales y traducciones para pueblos originarios) y campañas de visibilidad para las inmunizaciones en lugares con baja cobertura de inmunización como, entre otros, el municipio de El Alto y en los departamentos de Pando, Beni y Potosí, que tienen poblaciones mayormente de pueblos originarios; así como gastos logísticos y adquisición de equipamiento y de los servicios necesarios para la implementación de dichas campañas.
- 2.28 **Subcomponente 2.4. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios –atención a pacientes COVID-19 (US\$54,2 millones).** Apoyará la provisión de servicios para la atención de pacientes COVID-19 en sus distintos niveles de atención. Se podrá financiar equipamiento médico-asistencial, mobiliario, gastos de RHS¹⁹ y gastos de insumos y medicamentos, incluidos EPP ([EEO#5](#) y [EEO#6](#)). Igualmente se podrán financiar gastos de asistencia técnica y de capacitación en la implementación de protocolos asistenciales y de bioseguridad, así como gastos de servicios de pacientes COVID-19 de hotelería hospitalaria y otros.

¹⁸ Las vacunas deben cumplir con los criterios técnicos de elegibilidad de la OP-2091 (EEO#16).

¹⁹ Además del personal asistencial, incluirá profesionales de las unidades de gestión de pacientes, personal responsable de información al usuario y a los mediadores interculturales de los establecimientos de salud implicado en la atención de pacientes COVID-19.

- 2.29 **Subcomponente 2.5. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios –continuidad de la atención esencial (US\$147,9 millones).** Para mitigar el impacto de las secuelas crónicas de la COVID-19, así como de las complicaciones que la falta de atención regular ha generado sobre los pacientes crónicos y/o por diagnósticos tardíos en las enfermedades, este subcomponente contribuirá a garantizar la continuidad de la provisión de servicios esenciales a poblaciones susceptibles y vulnerables como pacientes crónicos, niños y mujeres embarazadas y mejorar la accesibilidad a servicios de salud especializados a la población de áreas rurales mediante el empleo de soluciones digitales. Se podrán financiar, entre otras actividades, inversiones en equipamiento médico-asistencial y su instalación en establecimientos de salud del primer nivel y hospitales, así como en centros especializados, tanto ambulatorios como hospitalarios, para el tratamiento de patologías crónicas y/o enfermedades no transmisibles, y la adquisición de equipamiento y software para el programa de TLM. También se podrán financiar gastos de RHS, de insumos y medicamentos; y asistencia técnica para el programa de TLM que permita apoyar la definición del modelo de prestación de servicios (cartera de servicios, flujos para cada problema y descripción del perfil y funciones del personal asignado).
- 2.30 **Componente 3. Gestión, monitoreo y evaluación (US\$6,3 millones).** Este componente financiará acciones para la ejecución del proyecto y el seguimiento de indicadores y metas que permitan la retroalimentación y la toma de decisiones. Se dividirá en dos subcomponentes: el Subcomponente 3.1 (US\$300.000) financiará los gastos de administración y auditorías del MEFP; y el Subcomponente 3.2 (US\$6 millones) financiará al equipo executor del MSyD y asistencia técnica para el mismo, gastos recurrentes de la Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP), auditorías (anuales y finales), estudios de monitoreo del programa, y evaluación del programa que contribuya a generar lecciones del mismo aplicables a otros programas.
- 2.31 **Beneficiarios.** Se espera: (i) que alrededor de 1,7 millones de beneficiarios elegibles reciban transferencias extraordinarias para protección durante la crisis (BCH), como se planteaba en el proyecto original; y (ii) adicionalmente beneficiará a la población en general mediante las acciones de prevención y de interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad y el mantenimiento de los servicios de salud esenciales. La intervención del Componente 2 se focalizará en el municipio de El Alto y en los departamentos de Pando, Beni y Potosí, por sus bajos niveles de inmunización, con una población total de 2,6 millones de los cuales 1,5 es población originaria; no obstante, el apoyo para el tratamiento de pacientes COVID-19 y el mantenimiento de los servicios esenciales se extenderá a los nueve departamentos del país, con el fin de que en todos los departamentos pueda existir una respuesta a la atención compleja de la enfermedad.
- 2.32 **Indicadores de resultados clave.** El programa reformulado busca: (i) contribuir a mantener niveles de vida de las personas vulnerables frente al COVID-19 que continuaban viendo afectado su nivel de ingreso durante los meses de la emergencia sanitaria y los primeros meses de la recuperación; y (ii) reducir la morbi-mortalidad causada por la COVID-19 y mitigar sus efectos indirectos sobre la salud. Para ello, se espera como resultados a nivel general: (a) contribuir a mantener el nivel de ingreso de familias vulnerables (tres quintiles más bajos) respecto al nivel de ingreso de familias no vulnerables (dos quintiles más altos) 24 meses después del inicio de la crisis; (b) fortalecer al centro coordinador de la

respuesta al COVID-19 con herramientas en tiempo real para el análisis y la toma de decisiones; (c) mejorar la capacidad de detección y seguimiento de la enfermedad con laboratorios que cuenten con interoperabilidad; (d) incrementar la cobertura de inmunización en la población originaria; (e) incrementar la capacidad de atención especializada en áreas rurales a través de soluciones digitales; y (f) mejorar la atención de pacientes COVID-19 que requieran asistencia de alta complejidad. Los resultados asociados al Componente 1 se mantienen iguales a los del documento original.

- 2.33 **Viabilidad económica.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la protección de la población vulnerable mediante el uso de transferencias monetarias y la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por la COVID-19 y los efectos indirectos de la pandemia sobre el sistema de salud. Con base en evidencia específica para Bolivia, en el Análisis Económico se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del programa que incluyen: (i) ganancias asociadas a los efectos directos de las transferencias del Bono Contra el Hambre sobre la preservación del consumo y capital humano durante crisis; (ii) reducción de la morbilidad y mortalidad, y consecuentes ahorros, ante el impacto potencial de intervenciones que mejoren la salud de la población y la capacidad del sistema de salud para abordar la pandemia de la COVID-19; (iii) ahorros en días de internación evitables y vidas salvadas; y (iv) ganancias del proyecto en términos de salud de la población por la implementación de las líneas de cuidado. En el escenario base de análisis conjunto del programa (Componentes 1 y 2), con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte que, de acuerdo a la intervención va de los dos a los ocho años, el rango de la relación beneficio-costos es de 1,8. En el análisis realizado, aunque se incluyen otros escenarios de tasas de descuento para evaluar la relación costo beneficio, se favorece la tasa de 3%, dado que, según las recomendaciones de la OMS, una tasa de descuento del 3% resulta más adecuada para evaluar proyectos sociales, particularmente proyectos enfocados en salud²⁰. Asimismo, en el escenario considerado como más factible, el Valor Presente Neto del programa a una tasa de descuento del 3% corresponde a US\$503 millones y la Tasa Interna de Retorno modificada para el mismo escenario es 15%. Cuando se analiza el Componente 2, que nuclea las intervenciones de salud, con la misma tasa de descuento, el Valor Presente Neto también es positivo y supera los US\$ 430 millones.

III. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de financiamiento

- 3.1 Esta operación continúa siendo un préstamo de inversión específica por un monto total de US\$500 millones y se financiará con recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco. El periodo de desembolso se mantiene de 24 meses (ver [EEO#3](#)). El préstamo fue aprobado por el Directorio Ejecutivo sin restricciones a los desembolsos mediante la Resolución DE-82/21 y en consistencia con lo previsto en la Resolución AG-9/20.

²⁰ Asimismo, López (2008) estimó que las tasas de descuento en países latinoamericanos dependen de las expectativas de crecimiento económico, situándose entre 3 y 4%. Otros estudios que evalúan proyectos enfocados en salud y educación utilizan tasas de descuento entre el 3% y 8% (Castillo y Lema, 1998; Martínez y Fernández, 2008; Heckman et al. 2010; Lomborg, 2010).

Cuadro 2. Costos Estimados del Programa* (US\$ millones)

Componentes	Total BID	%
Componente 1. Protección de la población vulnerable mediante el Bono Contra el Hambre	250,0	50,00
Componente 2. Reducción de la morbi-mortalidad causada por la COVID- 19 y mitigación de los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud	243,7	48,74
Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de la conducción de la respuesta a nivel del país	15,1	
Subcomponente 2. 2. Detección y seguimiento de los casos	5,0	
Subcomponente 2.3. Apoyo a iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad	21,5	
Subcomponente 2.4. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios – atención a pacientes COVID-19	54,2	
Subcomponente 2.5. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios – continuidad de la atención esencial	147,9	
Componente 3. Gestión, monitoreo y evaluación	6,3	1,26
Subcomponente 3.1. MEFP	0,3	
Subcomponente 3.2. MSyD	6,0	
Total	500	100

* Los costos de los subcomponentes son indicativos.

Cuadro 3. Proyección de desembolsos (US\$ millones)

BID	2023	2024	Total
Componente 1	250,0	0	250,0
Componente 2	104,4	139,3	243,7
Componente 3	2,9	3,4	6,3
TOTAL	357,3	142,7	500,0
%	71	29	100

B. Riesgos ambientales y sociales

- 3.2 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) del Banco, la operación reformulada fue clasificada como Categoría “C” ya que la operación no financiará ningún tipo de infraestructura, siendo los impactos ambientales o sociales mínimos o nulos.

C. Riesgos fiduciarios

- 3.3 Para el Componente 2 se identificaron cuatro riesgos de nivel: (i) Alto, si el equipo de la UEP no tiene experiencia en la ejecución de préstamos de inversión financiados por el Banco, podrían ocurrir atrasos en la gestión, repercutiendo en el cronograma de adquisición de bienes y, consiguientemente, en el logro oportuno de las metas planteadas por el Programa; (ii) Medio-Alto, si el equipo de la UEP no cuenta con personal suficientemente capacitado en la aplicación de las políticas de adquisiciones del Banco, podrían existir gastos no elegibles; (iii) Medio-Alto, si se produce una alta rotación de personal de las UEP, podrían ocurrir retrasos en los procesos de adquisiciones y subsecuentemente que no se alcanzasen oportunamente las metas del Programa; y (iv) Medio-Alto, si la UEP no cuenta con profesionales con la capacidad necesaria, podrían ocurrir retrasos en los procesos de adquisiciones o deficiencias en la calidad de las adquisiciones del Programa y subsecuentemente no se alcanzarían oportunamente las metas del mismo. Para mitigar estos riesgos, la UEP contratará personal con dedicación

exclusiva, con el perfil y experiencia requerida en términos de referencia que se encargará de la gestión del proyecto. Dichos términos deberán establecer que tengan experiencia previa en políticas fiduciarias del Banco, además, se realizarán capacitaciones al personal seleccionado en las políticas. También se establecerá la modalidad de contratación plurianual de los especialistas, con renovación anual previa evaluación de desempeño. Se podrá contratar al personal de la UEP de la operación 3151/BL-BO que cierra en diciembre 2022, dada su experiencia y que fue previamente seleccionada a través de un proceso competitivo para asegurar la rápida incorporación al programa y el conocimiento de las políticas del BID.

D. Otros riesgos y temas clave

- 3.4 **Riesgos de desarrollo.** Otro riesgo identificado es: Medio-Alto, si no se logra desarrollar planes de comunicación que consideren los aspectos de interculturalidad diferenciados para las distintas áreas y segmentos de la población, podría no alcanzarse la meta esperada de incremento de población inmunizada especialmente en las áreas más rezagadas. Para mitigar este riesgo, se fortalecerá a la UEP con un especialista en temas interculturales, con conocimiento de las diferentes etnias y grupos que existen en Bolivia.
- 3.5 **Sostenibilidad.** Se considera que el proyecto es sostenible dado que los apoyos financiados para el BCH y a los gastos en salud son puntuales y apoyan a entidades ya establecidas que cuentan con presupuestos de gestión. El apoyo a personal adicional es puntual y no se espera que el mismo se mantenga terminada la crisis sanitaria y la presión adicional que ha sufrido el sistema de salud. Para asegurar el mantenimiento del equipamiento biomédico adquirido, se implementará un sistema de gestión de activos apoyado por una cooperación técnica de apoyo operativo. Esta operación apoya los esfuerzos de Bolivia para enfrentar la pandemia y mitigar sus impactos económicos en la población más vulnerable. El financiamiento representa una fracción del esfuerzo financiero y social que está haciendo el país, que está determinado a asumir costos económicos para enfrentar la crisis, así como a impulsar una recuperación inclusiva una vez superada la emergencia.

IV. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los arreglos de implementación

- 4.1 **Prestatario y Organismos Ejecutores.** El Estado Plurinacional de Bolivia se mantiene como Prestatario. El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) con el apoyo de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (en adelante la Gestora) se mantiene como el Organismo Ejecutor (OE) de los recursos del Componente 1 y del Subcomponente 3.1, de acuerdo con el esquema del proyecto original; y el MSyD a través de una Unidad Ejecutora del Programa (UEP), será el OE de los recursos del Componente 2 y del Subcomponente 3.2.
- 4.2 **Ejecución y administración.** La UEP del MSyD contará con independencia técnica-operativa, administrativa-fiduciaria y legal, y con un equipo con dedicación exclusiva, conformado por un coordinador general con responsabilidades de planificación, gestión, administración y coordinación general, y 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 especialista en comunicación intercultural en el ámbito de la salud, 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 podrá contar con profesionales distribuidos en los distintos departamentos. Se les suministrará todo el equipo e insumos para que puedan asumir las responsabilidades para la ejecución del programa. Se podrá constituir como UEP del Programa el recurso humano de la actual unidad de la operación 3151/BL-BO, la cual concluye en diciembre 2022, dado que dicho equipo cuenta con experiencia en la ejecución de programas con financiamiento del Banco.

- 4.3 **Coordinación Institucional.** Para lograr una eficiente implementación del Componente 1, se utilizarán las mismas instancias de coordinación utilizadas durante la ejecución del 5039/OC-BO. A través de éstas se busca establecer lineamientos técnicos para la ejecución del proyecto, hacer el seguimiento al avance físico financiero de la implementación de las transferencias y constituirse en la instancia de coordinación operativa. Para el Componente 2, las actividades del programa serán ejecutadas en coordinación con las direcciones técnicas del MSyD, los SEDES y las Entidades Autónomas Territoriales (ETA) correspondientes, en el marco de las competencias establecidas en el Reglamento Operativo del Proyecto (ROP) ([EEO#9](#)), creándose a nivel del viceministerio un equipo de conducción general del programa en cuyo seno se asegurará la coordinación con los SEDES y ETA. El ROP establecerá 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 MSyD y Gobiernos Autónomos Municipales y Gobiernos Autónomos Departamentales para este fin.
- 4.4 **Financiamiento retroactivo.** No se realizarán cambios al financiamiento retroactivo aprobado en la propuesta de préstamo original para el Subcomponente 1, el cual pasará a ser el Componente 1. De acuerdo con lo previsto en dicha propuesta, el Banco podrá financiar retroactivamente gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para pagar transferencias directas del BCH hasta por la suma de US\$250 millones (50% del monto del préstamo), siempre que se hayan efectuado de acuerdo con lo establecido en la operación original, entre otros requisitos (ver ¶2.23).
- 4.5 **Desembolsos.** Los desembolsos serán principalmente mediante la modalidad de anticipo de fondo y/o reembolsos u otra modalidad establecida en la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco OP-273-12 o la que se encuentre vigente al momento de la ejecución, tal como se describe en el Anexo III. Los anticipos de fondos se realizarán conforme a un plan financiero/flujo de caja por compromisos contraídos que cubra necesidades reales de liquidez del proyecto hasta 180 días u otro plazo. Exceptuando el primer anticipo de fondo, los subsiguientes se tramitarán cuando se justifique al menos un 80% del total de saldos acumulados pendientes de justificación. Para la gestión de los recursos, se utilizará la Cuenta Única de Tesoro (Libreta CUT de uso exclusivo). En el Plan de Adquisiciones ([EER#2](#)) se incluye una lista de adquisiciones para el proyecto.
- 4.6 **Adquisiciones y contrataciones.** Las adquisiciones financiadas total o parcialmente con recursos del Banco serán realizadas de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el Banco

(GN-2349-15) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco (GN-2350-15) o las que se encuentren vigentes durante la ejecución, así como la Guía de Gestión Financiera para proyectos financiados por el BID (OP-273-12). El GdB podrá eventualmente decidir el financiamiento de la compra de vacunas en cuyo caso el Banco deberá de analizar la viabilidad de esta contratación directa.

- 4.7 **Gestión financiera y Auditoría.** Se considerarán los principios y criterios previstos en la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-12, o vigente) y el instructivo de Estados Financieros y Auditoría Externa. Auditoría: para el Componente 1, la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo estará a cargo de la contratación del servicio de auditoría externa del proyecto. Por las características propias de este tipo de proyectos, el tipo de informe a requerir será una auditoría a los Estados Financieros de Propósito Especial, y adicionalmente un informe de Auditoría de Propósito Especial y/o un Aseguramiento Razonable. Para el Componente 2 y 3.2, el MSyD estará a cargo de la contratación del servicio de auditoría externa del proyecto, mediante una auditoría a los Estados Financieros de Propósito Especial. Los costos de la auditoría externa serán financiados con recursos del proyecto. Los Estados Financieros Auditados (EFA) del programa, deberán presentarse dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico de los OEs y durante el Plazo Original de Desembolsos o sus extensiones, y dentro del plazo de 120 días siguientes a la fecha del último desembolso del préstamo, que serán dictaminados por una firma de auditoría independiente aceptable para el Banco, según los Términos de Referencia que el Banco acuerde con los OEs.
- 4.8 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del Componente 1 y Subcomponente 3.1:** Se mantienen las condiciones del documento original (i) que el MEFP haya designado al coordinador técnico y al personal financiero asignado al proyecto; y (ii) que el MEFP y la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo hayan suscrito un acuerdo o hayan aprobado un Reglamento Operativo del Proyecto (ROP), en el cual se detallen las responsabilidades de las partes en la ejecución del proyecto y el modo en que se realizarán los reportes de pagos para reembolso y desembolsos de los recursos del préstamo. La primera condición es necesaria para contar con personal designado encargado de coordinar el flujo de información asociada a los pagos, así como las actividades asociadas a reporte y monitoreo. La segunda, para determinar las responsabilidades de cada una de las entidades en la ejecución de proyecto.
- 4.9 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del Componente 2 y Subcomponente 3.2:** (i) que el MSyD haya creado la UEP con autonomía técnica, administrativa, fiduciaria y legal; y (ii) que el MSyD haya aprobado un reglamento operativo, en el cual se detallen las responsabilidades de las partes en la ejecución del proyecto. La primera condición es necesaria para contar con personal designado encargado de coordinar el flujo de información asociado a los pagos, así como las actividades asociadas a reporte y monitoreo. La segunda, para determinar las responsabilidades de las áreas del MSyD en la ejecución de proyecto.
- B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados**
- 4.10 **Monitoreo.** Cada OE será responsable por implementar el plan de monitoreo y

evaluación de las acciones a su cargo. El instrumento principal del seguimiento de este proyecto será la matriz de resultados del proyecto y el plan de adquisiciones. La fuente principal para el seguimiento a los indicadores de impacto, resultados y productos del Componente 1 serán los registros administrativos del programa de transferencia, así como encuestas de hogares. Para el Componente 2, la fuente principal para el seguimiento de los indicadores de impacto, resultados y productos serán los registros de provisión de servicios y datos epidemiológicos reportados por el SNIS. Los OE prepararán un plan plurianual y un plan anual de ejecución y el instrumento principal de reporte será el informe de seguimiento de progreso (PMR por sus siglas en inglés) cuya fuente de información serán los informes semestrales del proyecto).

- 4.11 **Evaluación.** Para el Componente 1, dada la naturaleza de esta operación, se realizará un análisis antes y después utilizando la información de series de tiempo disponibles sobre los indicadores de resultados, en particular la cobertura de las transferencias. Para el Componente 2 se realizará una evaluación final del programa. Esta evaluación de carácter descriptivo estará enfocada a explicar los avances sobre las metas de productos y resultados planteados en la Matriz de Resultados y será realizada por una firma consultora externa.

V. RECOMENDACIÓN

- 5.1 Sobre la base de la información y el análisis presentado en el presente documento, se recomienda que el Directorio Ejecutivo del BID apruebe por Procedimiento Corto, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 6 del documento CS-3953-4 (Lista de asuntos que el Directorio puede considerar por Procedimiento Corto) y con arreglo a las disposiciones que figuran en el párrafo 3.29(c) del Reglamento del Directorio Ejecutivo del BID (Documento DR-398-19), esta propuesta de reformulación, según los términos y condiciones que aquí se describen.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		BO-L1219
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Prioridades Estratégicas del Grupo BID e Indicadores del CRF		
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Capacidad Institucional y Estado de Derecho	
Nivel 2 del CRF: Contribuciones del Grupo BID a los Resultados de Desarrollo	-Beneficiarios de servicios de salud (#) -Beneficiarios de programas destinados a combatir la pobreza (#) -Instituciones con capacidades gerenciales y de tecnología digital reforzadas (#)	
2. Objetivos de desarrollo del país		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-3088	Desarrollo Social Inclusivo y Sustentable.
Matriz de resultados del programa de país		La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2020.
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		9.6
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		3.6
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0
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		7.0
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		4.5
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		C
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información.
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	Si	Cooperaciones técnicas fueran aprobadas para apoyar al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (ATN/OC-18147-BO) y al Ministerio de Salud y Deportes (BO-T1398).

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

Nota de valoración de la evaluabilidad:

El Gobierno de Bolivia (GdB) solicitó al Banco reorientar un monto total de US\$249 millones del proyecto Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II (BO-L1219). Como el GdB ha financiado con recursos propios las transferencias extraordinarias asociadas a la pandemia del bono Renta Dignidad (RD), subcomponente 1.2 del proyecto original, y dada la continuación de la emergencia sanitaria, el GdB ha solicitado al Banco utilizar los recursos de este subcomponente para financiar la respuesta de salud para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por la COVID-19 y mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. Los cambios propuestos implican cambios al objetivo general, que pasa a ser contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19 y reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. Adicionalmente implica ajustar los objetivos específicos, agregando cuatro nuevos al original. Estos pasan a ser: (i) apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación (objetivo original); (ii) fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país; (iii) mejorar la detección y seguimiento de los casos; (iv) apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; y (v) mejorar la capacidad de provisión de servicios. La propuesta de reformulación presenta un diagnóstico claro de los problemas enfrentados por el sector salud como consecuencia de la pandemia. Las soluciones propuestas son apropiadas para responder a los problemas identificados y sus factores contribuyentes. La matriz de resultados es consistente con la lógica vertical del proyecto, presentando indicadores adecuados a nivel de impactos y resultados. La propuesta explica claramente los cambios en la operación reformulada y presenta matrices de resultados ajustadas que son apropiadas.

La evaluación económica muestra que la operación tiene un valor presente neto de US\$503 millones (utilizando una tasa de descuento del 3%, siguiendo recomendaciones de la OMS para intervenciones de este tipo) y una tasa interna de retorno modificada de 15%. Adicionalmente, el análisis muestra que la intervención en salud del componente 2 tiene un valor presente neto asociada de US\$403 millones. Los análisis de sensibilidad son apropiados.

El plan de monitoreo y evaluación propone llevar a cabo un análisis reflexivo de los indicadores de resultados incluidos en la matriz de resultados, así como un análisis de la teoría del cambio para establecer la atribución de los resultados observados a las intervenciones del programa. Estos análisis no permitirán la atribución empírica de los resultados.

MATRIZ DE RESULTADOS INDICATIVA

Objetivo del Proyecto:	Los objetivos específicos de esta operación son: (i) apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación; (ii) fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país; (iii) mejorar la detección y seguimiento de los casos; (iv) apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad; y (v) mejorar la capacidad de provisión de servicios. El logro de estos objetivos contribuirá al objetivo general de contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19, reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud.
-------------------------------	---

IMPACTO ESPERADO

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Objetivo general de desarrollo: contribuir a asegurar niveles mínimos de calidad de vida de las personas vulnerables frente a la crisis causada por la COVID-19, reducir la morbi-mortalidad causadas por la COVID-19 y a mitigar los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud						
Nivel de ingreso de familias vulnerables (tres quintiles más bajos) respecto a nivel de ingreso de familias no vulnerables (dos quintiles más altos) 24 meses después de inicio de la crisis.	Porcentaje	0,2595	2020	0,2595	Encuesta de Hogares, ingreso total per cápita del hogar.	Población vulnerable son los tres quintiles más bajos de ingreso, no vulnerable entre los dos más altos.
Nuevos casos anuales de COVID-19 en áreas de intervención (municipio de El Alto y departamentos de Pando, Beni y Potosí).	Número	228.852	2021	160.000	SNIS	El SNIS recoge el indicador como "sospecha"

RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios (Ver Plan de M&E)
Objetivo de Desarrollo Específico 1: Apoyar niveles mínimos de ingreso de personas afectadas por el coronavirus, en el periodo inmediato y durante la recuperación.								
Beneficiarios elegibles que reciben transferencias extraordinarias para protección durante la crisis.	Porcentaje	0	2019	98	0	98	Registros de Gestora de transferencias pagadas a la población elegible.	
Objetivo de Desarrollo Específico 2: Fortalecer la conducción de la respuesta a nivel del país.								
Consejo Nacional Estratégico de Emergencia Sanitaria coordinador de la respuesta al COVID-19 con una plataforma de inteligencia sanitaria implementada y en uso	Número	0	2022	0	1	1	Registro del Programa	Para considerar que la plataforma está en uso se deberá evidenciar la elaboración de reportes con indicadores de casos y uso de recursos asistenciales en tiempo real
Objetivo de Desarrollo Específico 3: Mejorar la detección y seguimiento de los casos.								
Laboratorios con capacidad de diagnóstico de COVID-19 que cuentan y usan tecnologías de información y comunicación (TIC)	Número	0	2021	5	5	10	Registro del Programa	Se evidenciará el uso a partir de los logs o registros de los reportes que el sistema de los laboratorios generen para reportar en tiempo real de los resultados y nuevos casos localizados geográficamente que alimentarán al Consejo Nacional de Emergencias coordinador de la respuesta. Se trata de los laboratorios centrales en las capitales de departamento y uno en el municipio de El Alto.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios (Ver Plan de M&E)
Objetivo de Desarrollo Específico 4: Apoyar iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.								
Personas de los grupos priorizados -población de El Alto, Beni, Pando, Potosí- vacunadas contra la COVID-19 (al menos dos dosis)	Porcentaje	23,4	2021			28,4	SNIS	Las áreas de intervención son: tres departamentos (Pando, Beni y Potosí y 1 municipio, El Alto), población > 5a ¹ .
Objetivo de Desarrollo Específico 5: Mejorar la capacidad de provisión de servicios.								
Consultas externas de salud materno-infantil en el 2º y 3er nivel de atención	Número	867.612	2021			911.000	SNIS	(Valor prepandemia 1.192.338).
Consultas externas de medicina interna y/o general en el 2º y 3er nivel de atención	Número	1.093.403	2021			1.150.000	SNIS	(Valor prepandemia 1.170.535).
Consultas externas totales en el primer nivel de atención	Número	24.084.874	2021			25.290.000	SNIS	(Valor prepandemia 26.125042).
Establecimientos de salud de primer nivel de atención que proporcionan atención de telesalud	Porcentaje	8,33%	2021			30%	Registros del programa	Con equipamiento funcionando y que el personal esté capacitado y con evidencia de que se está brindando atención

PRODUCTOS

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Componente 1: Protección de la población vulnerables mediante el Bono Contra el Hambre.								
Personas que reciben el Bono Contra el Hambre	Personas	0	2022	1.700.000	0	1.700.000	Registros administrativos	Se refiere a personas beneficiarias del Bono Contra el Hambre en 2021, de acuerdo con los

¹ Se trata de departamentos con un alto porcentaje de población originaria, particularmente en el municipio de El Alto (62,2%) y en el departamento de Potosí (69,2%) y que presentan una brecha muy importante en su tasa de cobertura de inmunización respecto al promedio nacional.

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
								requisitos de elegibilidad de este.
Componente 2. Reducción de la morbi-mortalidad causa por el COVID-19 y mitigación de los efectos indirectos de la pandemia sobre la salud.								
Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de la conducción de la respuesta a nivel del país.								
Nueva arquitectura del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) desarrollada e implementada	Número	0	2022	0	1	1	Registros del programa	
Plataforma de Inteligencia de Negocio desarrollada e implementada	Número	0	2022	0	1	1	Registros del programa	
Subcomponente 2.2. Detección y seguimiento de los casos.								
Laboratorios con capacidad de diagnóstico de COVID-19 con interoperabilidad	Número	0	2022	10	10	20	Registros del Programa	Además de los laboratorios en las cabeceras de los departamentos y del municipio de El Alto, otros diez laboratorios que tendrán interoperabilidad entre ellos
Subcomponente 2.3. Apoyo a iniciativas para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.								
Redes municipales de salud con campañas de movilización social intercultural destinadas a incrementar la vacunación contra la COVID-19 en poblaciones originarias	Número	0	2022	10	0	10	Registros del programa	En el Municipio de El Alto y al menos tres municipios en cada uno de los departamentos de Pando, Beni y Potosí.
Subcomponente 2.4. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios – Atención pacientes COVID-19.								
Hospitales de Tercer nivel fortalecidos con unidades de terapia intensiva para la	Número	0	2022	0	10	10	Registros del programa	

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
atención de pacientes COVID-19								
Establecimientos de 1er y 2º nivel fortalecidos para la atención de pacientes COVID-19	Número	0	2022	50	50	100	Registros del programa	
Subcomponente 2.5. Mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios – continuidad de la atención esencial.								
Establecimientos de salud de primer nivel fortalecidos con TLM para asegurar la continuidad de la atención esencial	Número	0	2022	50	70	120	Registros del programa	Con equipamiento funcionando y que el personal esté capacitado y con evidencia de que se está brindando atención.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

País: Bolivia

División: SCL/LMK-SPH

No. de operación: BO-L1219

Año: 2022

Organismos Ejecutores (OEs): Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) a través de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (la Gestora) para el Componente 1 y Subcomponente 3.1, y Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) a través de una Unidad Ejecutora del Programa (UEP) para el Componente 2 y Subcomponente 3.2.

Nombre de la operación: Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II -**Reformulación.**

I. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

1. Uso de sistema de país en la operación

<input checked="" type="checkbox"/> Presupuesto	<input type="checkbox"/> Reportes	<input checked="" type="checkbox"/> Sistema Informativo	<input type="checkbox"/> Licitación Pública Nacional (LPN)
<input checked="" type="checkbox"/> Tesorería	<input type="checkbox"/> Auditoría Interna	<input type="checkbox"/> Comparación de Precios	<input type="checkbox"/> Otros
<input checked="" type="checkbox"/> Contabilidad	<input type="checkbox"/> Control Externo	<input type="checkbox"/> Consultores Individuales	

2. Mecanismo de ejecución fiduciaria

<input checked="" type="checkbox"/>	Particularidades de la ejecución fiduciaria	El Estado Plurinacional de Bolivia se mantiene como Prestatario. El MEFP a través de la Dirección General de Asuntos Administrativos (DGAA), para la gestión financiera del proyecto, y con el apoyo técnico de la Gestora es el Organismo Ejecutor (OE) de los recursos del Componente 1 y del Subcomponente 3.1; y el MSyD a través de UEP, constituida en el marco de la Unidad de Gestión de Proyectos (UGESPRO), es el OE de los recursos del Componente 2 y del Subcomponente 3.2, quienes llevarán a cabo las actividades técnicas, administrativas, legales, fiduciarias, ambientales y sociales del programa. Los recursos del BID serán otorgados de conformidad al ROP elaborado para esta operación. La Gestora, bajo la tuición del MEFP, será la entidad de apoyo y gestionará y pagará el Bono Contra el Hambre -BCH, y elaborará los informes, dada su experiencia previa en el pago de Bonos del préstamo 5039/OC-BO.
-------------------------------------	---	---

3. Capacidad fiduciaria

Capacidad fiduciaria del OE	La capacidad institucional y fiduciaria como resultado del análisis realizado indicó que requiere ser fortalecida, en el caso del Componente 1 con la designación del coordinador técnico y personal financiero asignado al proyecto, y en el caso del MSyD un Equipo de Ejecución de Proyecto con autonomía presupuestal/administrativa/fiduciaria/legal para asumir la responsabilidad de la gestión de los recursos del Programa, incluyendo la administración financiera/contable, las compras/adquisiciones. Asimismo, fueron identificadas algunas intervenciones de fortalecimiento, asociadas a la carga operativa, técnica y administrativo, así como la elaboración de flujogramas de procesos y procedimientos asociados a la ejecución del programa.
-----------------------------	--

4. Riesgos fiduciarios y respuesta al riesgo

Taxonomía del Riesgo	Riesgo	Nivel de Riesgo	Respuesta al Riesgo
MSyD Procesos internos y estructura organizativa (MSyD).	Si el equipo de la UEP no tiene experiencia en la ejecución de préstamos de inversión financiados por el Banco, podrían ocurrir atrasos en la gestión, repercutiendo en el cronograma de adquisición de bienes y, consiguientemente, en	Alto	Crear las UEP con autonomía técnica/administrativa/fiduciaria y legal en la UGESPRO, con especialistas con experiencia en políticas financieras y de adquisiciones del BID y elaboración de un ROP con los detalles de coordinación entre entidades. Se establecerán Convenios Interinstitucionales con los diferentes

Taxonomía del Riesgo	Riesgo	Nivel de Riesgo	Respuesta al Riesgo
	el logro oportuno de las metas planteadas por el Programa.		Gobiernos Autónomos Municipales y/o Departamentales beneficiarios de las inversiones. Incorporar en el ROP: (i) Organigramas de las áreas participantes, (ii) Identificando áreas involucradas, posiciones responsables, tiempos y documentos o entregables, (iii) Flujogramas, (iv) Procedimientos, y (v) Registro de Cuellos de Botellas, entre otros, cuyo detalle estará establecido en el ROP.
Recursos humanos	Si el equipo de la UEP no cuenta con personal suficientemente capacitado en la aplicación de las políticas de adquisiciones del Banco, podrían existir gastos no elegibles.	Medio - Alto	Los especialistas integrantes de la UEP deberán contar con el perfil, experiencia y competencia en políticas fiduciarias del Banco; además, se realizarán capacitaciones al personal seleccionado en las políticas fiduciarias del Banco. También se establecerá la modalidad de contratación plurianual de los especialistas, con renovación anual previa evaluación de desempeño.
	Si se produce una alta rotación de personal de las UEP, podrían ocurrir retrasos en los procesos de adquisiciones y subsecuentemente que no se alcanzasen oportunamente las metas del Programa.	Medio-Alto	
	Si la UEs no cuenta con profesionales con la capacidad necesaria, podrían ocurrir retrasos en los procesos de adquisiciones o deficiencias en la calidad de las adquisiciones del Programa y subsecuentemente no se alcanzarían oportunamente las metas del mismo.	Medio-Alto	

5. Políticas y Guías aplicables a la operación: Las adquisiciones estarán definidas en el [PA](#) aprobado por el Banco, y se realizarán en el marco de las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el BID (GN-2349-15) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores financiados por el BID (GN-2350-15) o las que se encuentren vigentes..

6. Excepciones a Políticas y Guías: No aplica.

II. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE PRÉSTAMO

Tasa de cambio: Para efectos de lo estipulado en el Artículo 4.10 de las Normas Generales, las Partes acuerdan que la tasa de cambio aplicable será la indicada en el inciso (b)(i) de dicho Artículo. Para efectos de determinar la equivalencia de gastos incurridos en Moneda Local con cargo al Aporte Local o del reembolso de gastos con cargo al préstamo, la tasa de cambio acordada será la tasa de cambio en la fecha efectiva en que el Prestatario, el OE o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos respectivos en favor del contratista, proveedor o beneficiario.

Tipo de auditoría: Informes financieros auditados (IFA) del programa. Los OEs, deberán presentar dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico de los OEs y durante el Plazo Original de Desembolsos o sus extensiones, y dentro del plazo de 120 días siguientes a la fecha del último desembolso del préstamo, los EFA anuales del programa, debidamente dictaminados por una firma de auditoría independiente aceptable para el Banco, según los Términos de Referencia que el Banco acuerde con los OEs. Para los fondos que ejecute el MEF, será una Auditoría Financiera de Propósito Especial y/o un Aseguramiento Razonable. Los fondos que ejecute la UGESPRO del MS y D, será la auditoría estándar de los EFAs.

III. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE ADQUISICIONES

<input checked="" type="checkbox"/>	Documentos de Licitación	Para adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría ejecutadas de acuerdo con las Políticas de Adquisiciones (GN-2349-15), sujetas a Licitación Pública Internacional, se utilizarán los Documentos Estándar de Licitación del Banco o los acordados entre el OE y el Banco para la adquisición particular. Así mismo, la selección y contratación de Servicios de Consultoría serán realizadas de acuerdo con las Políticas de Selección de Consultores (GN-2350-15) y se utilizará la Solicitud Estándar de Propuestas emitida por el Banco o acordada entre el OE y el Banco para la selección particular. Para la/s Licitaciones Públicas Nacionales y Comparación de Precios, y consultoría individual, se desarrollará un documento de adquisiciones a ser acordado entre la autoridad competente del país y el Banco. La revisión de las especificaciones técnicas, así como de los términos de referencia de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección, es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto. Esta revisión técnica puede ser ex ante y es independiente del método de revisión de la adquisición.
<input checked="" type="checkbox"/>	Financiamiento Retroactivo	el Banco podrá financiar retroactivamente gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para pagar transferencias directas hasta por la suma de US\$250 millones (50% del monto del préstamo), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo 5376/OC-BO en reformulación.
<input checked="" type="checkbox"/>	Gastos Recurrentes	Los gastos recurrentes requeridos para poner en funcionamiento el proyecto aprobado por el Jefe de Equipo de Proyecto, que sean financiados, serán realizados siguiendo los procedimientos administrativos del Ejecutor. Dichos procedimientos serán revisados y aceptados por el Banco, siempre que no vulneren los principios economía, eficiencia y competencia.
<input checked="" type="checkbox"/>	Supervisión de las Adquisiciones	El método de supervisión será ex post, salvo en aquellos casos en que se justifique una supervisión ex ante. Para adquisiciones que se ejecuten a través del sistema nacional, la supervisión se llevará por medio del sistema de supervisión nacional del país. El método ((i) ex ante; (ii) ex post; o (iii) sistema nacional) de supervisión se debe determinar para cada proceso de selección. Las revisiones ex post serán cada 12 meses de acuerdo con el plan de supervisión del proyecto, sujeto a cambios durante la ejecución. Los reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita (la inspección verifica la existencia de las adquisiciones, dejando la verificación de la calidad y cumplimiento de especificaciones al especialista sectorial) de inspección física, escogida de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex post [no menos de un 10%]. Los montos límite para la revisión ex post se determinarán en el Plan de Adquisiciones del Programa.
<input checked="" type="checkbox"/>	Registros y Archivos	Para el Componente 2 y Subcomponente 3.2, la UEP dentro de la UGESPRO 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.
<input checked="" type="checkbox"/>	Adquisición de Vacunas	Se podrán financiar compras bilaterales con los laboratorios fabricantes de vacunas (Por ejemplo COVID -19 entre otras) así como gastos de transporte, flete y seguro para su transporte de la vacuna, los insumos fungibles necesarios para la vacunación y la adquisición de equipamiento para el fortalecimiento de la cadena de frío conexas a la cadena de suministro y gestión de las vacunas. Igualmente, el desarrollo e implementación de estrategias de comunicación para promover la demanda de vacunación.

Adquisiciones Principales

Descripción de la Adquisición	Método de Selección	Fecha Estimada	Monto Estimado (US\$)
Bienes			
Adquisición de equipamiento informático para el SUIIS (software y hardware)	LPI	II Trimestre 2023	4.000.000

Descripción de la Adquisición	Método de Selección	Fecha Estimada	Monto Estimado (US\$)
Adquisición de servidores virtuales para el SUIS			2.500.000
Adquisición de equipos e insumos de laboratorio			2.700.000
Adquisición de equipamiento tecnológico para conexión de laboratorios			2.300.000
Adquisición de equipamiento médico para centros ambulatorios			45.852.500
Adquisición de equipamiento de telemedicina para centros ambulatorios			51.112.500
Adquisición de equipamiento para hospitales de segundo nivel			24.250.000
Adquisición de equipamiento para telemedicina			10.150.000
Adquisición de equipamiento para hospitales de tercer nivel			21.000.000
Adquisición de insumos fungibles y equipos para cadena de frío			4.000.000
Adquisición de vacunas	CD		16.000.000
Servicios de No Consultoría			
Implementación de campañas de comunicación	LPI	III Trimestre 2023	1.000.000
Firmas			
Desarrollo de software para el SUIS	SBCC	II Trimestre 2023	2.350.000
Asistencia técnica al SNIS (Protocolos y capacitación)		II Trimestre 2023	1.750.000
Desarrollo Plataforma de inteligencia de negocios		II Trimestre 2024	3.000.000
Desarrollo planes de comunicación en temas interculturales		I Trimestre 2023	500.000

Para acceder al PA ver enlace [Plan de Adquisiciones](#)

IV. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA

<input checked="" type="checkbox"/>	Programación y Presupuesto	Al ser el prestatario El Estado Plurinacional de Bolivia, los fondos de la reformulación de esta operación serán incorporados en el Presupuesto General de la Nación, para posteriormente ser transferidos a cada OE en las cuentas designadas para la ejecución del Proyecto en el BCB (Libretas de la CUT), quienes también deben incorporarlos en su presupuesto. No se prevén retos para la ejecución que podrían afectar a la ejecución.
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesorería y Gestión de Desembolsos	Las condiciones especiales fiduciarias previas al primer desembolso son: (i) para el Componente 1 y Subcomponente 3.1 , la designación del coordinador técnico y el personal financiero. Para el caso del Componente 2 y Subcomponente 3.1 , que ejecutará el MSyD, es crear la UEP con autonomía técnica/administrativa/fiduciaria y legal en la UGESPRO, con especialistas con experiencia en políticas financieras y de adquisiciones del BID. La condición fiduciaria de ejecución para el Componente 2 y Subcomponente 3.2 , es la de incorporar en el ROP: (i) contar con flujogramas de los principales procesos de la

		<p>Gestión del Ciclo de Proyecto Integrado, que incluya: (a) Organigramas de las áreas participantes; (b) Identificando áreas involucradas, posiciones responsables, tiempos y documentos o entregables; (c) Flujogramas; (d) Procedimientos; y (e) Registro de Cuellos de Botellas, entre otros.</p> <p>El tipo de cambio para la rendición de cuentas se utilizará la tasa de cambio en la fecha efectiva en que el Prestatario, los OEs o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos o transferencias respectivos. Artículo 4.01, (b), (i) de las normas generales.</p> <p>El método de desembolsos será mediante anticipos de fondos y/o reembolsos.</p> <p>El mecanismo de desembolsos será mediante la presentación de solicitudes de desembolso electrónicas por medio de la plataforma <i>Online Disbursements</i>.</p> <p>Cuenta bancaria: El prestatario/OEs deberán mantener los fondos de anticipos en una cuenta bancaria de uso exclusivo para el programa en dólares americanos en el BCB para recibir los desembolsos, que controlarán/conciliarán por medio de la Libreta CUT (Cuenta Designada).</p> <p>Plan financiero: se realizarán anticipos para un período de hasta seis meses (180 días), según las necesidades de liquidez para la adecuada ejecución del proyecto, con base a compromisos reales adquiridos.</p> <p>El porcentaje para la rendición de cuentas será del 80% del saldo de anticipos pendientes por justificar.</p> <p>Flujo de los recursos del proyecto: Los fondos se desembolsarán a cada OE, en las cuentas abiertas en el BCB, de allí se transfieren los pagos en concepto de pagos de bienes y servicios a los contratistas/ proveedores.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Contabilidad, Sistemas de Información y Generación de Reportes	<p>Las normas específicas de contabilidad para la ejecución del proyecto reformulado serán el Marco Normativo del Estado Plurinacional de Bolivia.</p> <p>Los reportes/informes para la rendición de cuentas, será el Estado de Efectivo Recibido y Desembolsos Efectuados, y Estado de Inversiones Acumuladas, con sus respectivas notas, preparados con base en la contabilidad que genera el Sistema de Información Financiera Pública -SIGEP.</p> <p>El método contable y moneda, la contabilidad se llevará por el método de base de devengado, pero los informes financieros a presentarse al Banco se deberán preparar con base en el método de caja o efectivo, y en dólares de los Estados Unidos de América.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Supervisión Financiera de la Operación	<p>Dado el riesgo de gestión financiera Medio Alto de la operación reformulada, la supervisión financiera se realizará mediante: (i) al menos una visita integral a los OEs, y demás instituciones que intervienen en la ejecución de la operación, en los primeros seis meses de ejecución del proyecto; (ii) reuniones de trabajo, y (iii) revisión de escritorio de reportes e informes financieros auditados, entre otros, los cuales serán realizadas por el Equipo de Gestión Financiera del Banco, consultores de apoyo y la firma auditora que se contrate para realizar la auditoría anual de los EFAs del programa. Esta supervisión podrá ajustarse, con base a la experiencia en la ejecución del programa¹.</p>

¹ Opinión de EFAs anuales y observaciones/hallazgos de control interno, en el caso que se den.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-__/_/22

Bolivia. Modificación al proyecto “Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II” (Modificación al Préstamo No. 5376/OC-BO)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Aprobar la modificación al proyecto “Apoyo a Poblaciones Vulnerables Afectadas por Coronavirus II”, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en el documento PR-4924-1.

2 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 implementar la modificación a que se refiere el párrafo 1 anterior.

(Aprobada el ____ de _____ de 2022)