

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BRASIL

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE INCLUSIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN A LA SALUD – PROREDES

(BR-L1378)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Marcia Rocha (SPH/CBR), Jefa de equipo; Francisco Ochoa (SPH/CBR); Rita Sório (SPH/CUR); Mario Sánchez (SPH/CAR); Marilia Santos (FMP/CBR); Santiago Schneider (FMP/CBR); Cristina Celeste Marzo (LEG/SGO); Fabiola Mercado Jaldin (VPS/ESG); Hisakhana Pahoona Corbin (VPS/ESG); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).

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

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación	2
B.	Objetivos, componentes y costo.....	8
C.	Indicadores clave de la Matriz de Resultados	10
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	11
A.	Instrumentos del financiamiento	11
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	11
C.	Riesgos fiduciarios	12
D.	Otros riesgos.....	12
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN	13
A.	Resumen de medidas de implementación	13
B.	Actividades de diseño posteriores a la aprobación	15

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

Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38014645
2.	Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38014558
3.	Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38014183
4.	IGAS http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38014166
OPCIONALES	
1.	<i>Análise da Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado de Sergipe</i> http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38012852
2.	Presupuesto detallado del programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38012940
3.	Análisis Económico del Programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38026972 http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38027294
4.	<i>Conformação das Redes de Atenção a Saúde de Sergipe</i> http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38010145
5.	Organigrama de la Unidad de Gestión del Proyecto http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38013060
6.	SUS de A a Z http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38011908
7.	Mapa de Extrema Pobreza de Sergipe http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38023483
8.	Estudio de media complejidad http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38055040
9.	Consolidado financiero-Estado de Sergipe http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38078891
10.	Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38027326

ABREVIATURAS

ABS	Atención Básica de Salud
AVC	Accidentes Vasculares Cerebrales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CADI	<i>Centro de Acolhimento e Diagnóstico por Imagem</i>
CAISM	Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer
CEL	Comisión Especial de Licitación
CER	Centros Especializados de Rehabilitación
CIR	Colegiados Interfederativos Regionales
CMI	Coeficiente de Mortalidad Infantil
COFIEEX	Comisión de Financiamiento Externo
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EF	Estados Financieros
FHS	<i>Fundação Hospitalar de Saúde</i>
FSPH	<i>Fundação de Saúde Parreira Horta</i>
FUNESA	<i>Fundação Estadual de Saúde</i> , Fundación Estadual de Salud
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HR	Hospitales Regionales
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INCA	Instituto Nacional de Cáncer
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
LACEN	Laboratorio Central
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
MS	Ministerio de Salud
NUCAAR	<i>Núcleo de Controle e Auditoria Avaliação e Regulação</i>
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organismo Ejecutor
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCA	Plan de Control Ambiental
PGAS	Programa de Gestión Ambiental y Social
PIB	Producto Interno Bruto
POA	Plan Operativo Anual
PPA	Plan Plurianual de Acción
PPI	<i>Programação Pactuada Integrada</i>
PSF	Programa de Salud Familiar
RAA	Informe de Evaluación Ambiental del Programa, por sus siglas en portugués
RAS	Redes de Atención en Salud
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SE	Sergipe
SEGPLAG	Secretaría de Estado de Planificación, Presupuesto y Gestión
SES/SE	Secretaría de Estado de Salud de Sergipe
SIGAU	<i>Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal</i>
SUS	Sistema Único de Salud
TIR	Tasa Interna de Rendimiento
UGP	Unidad de Gestión del Programa
UPAS	Unidades de Pronta Atención
VAN	Valor Actual Neto

RESUMEN DEL PROYECTO
BRASIL
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE INCLUSIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN A LA
SALUD – PROREDES
(BR-L1378)

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario: Estado de Sergipe Organismo ejecutor: Estado de Sergipe, a través de la Secretaría de Estado de Salud de Sergipe (SES/SE) Garante: República Federativa del Brasil		Facilidad Financiera Flexible*	
		Plazo de amortización:	25 años
		VPP Original	15, 25 años
		Período de desembolso:	5 años
		Período de gracia:	5,5 años
Fuente	Monto (US\$)	Comisión de inspección y vigilancia:	**
BID (CO)	100.000.000	Tasa de interés:	Basada en Libor
Local	40.000.000	Comisión de crédito:	**
Total	140.000.000	Moneda:	Dólares de los Estados Unidos con cargo al CO
Visión General del Programa			
Objetivo del programa: El objetivo principal del programa es contribuir a la mejora de la salud de la población de Sergipe, especialmente la más vulnerable, reduciendo las inequidades regionales y garantizando el acceso a servicios de calidad. Para esto, se buscará fortalecer la gestión del Sistema Único de Salud (SUS), expandir la red física de media y alta complejidad, y mejorar las prácticas clínicas.			
Condiciones contractuales especiales: Previas al primer desembolso: (i) evidencia de la constitución de la Unidad de Gestión del Programa (UGP); (ii) la evidencia de la designación de los funcionarios de la UGP; (iii) la creación de la Comisión Especial de Licitaciones (CEL) del programa; (iv) la entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos previamente acordados con el Banco; y (v) el inicio del proceso licitatorio de contratación de la empresa de apoyo a la gestión del proyecto (ver párrafo 3.2). De ejecución: (i) anteriormente a la entrada en funcionamiento de los centros de especialidades médicas, el Mutuario deberá demostrar la entrada en vigencia de los instrumentos jurídicos a ser firmados entre la SES/SE y la Fundación Estadual de Salud (FUNESA) y el Municipio de Aracaju, en los términos previamente acordados con el Banco; (ii) en el plazo de hasta 6 (seis) meses a contar de la fecha de contratación de la empresa de apoyo a la gestión del proyecto, el Mutuario deberá implementar el sistema informatizado de gestión y monitoreo del proyecto, conforme los términos acordados con el Banco; (iii) antes del inicio de las obras, la presentación por el Mutuario, por intermedio del organismo ejecutor, de los proyectos ejecutivos, de las licencias requeridas, del Programa de Gestión Ambiental y Social (PGAS), y de la realización de consultas públicas, de acuerdo a las políticas del Banco; y (iv) el cumplimiento, por el Mutuario, por intermedio del organismo ejecutor, de los programas, requisitos y directrices establecidos en los PGAS, en el Informe de Evaluación Ambiental del Programa (RAA), por sus siglas en portugués, y en el Plan de Control Ambiental (PCA), durante el plazo original de desembolsos del programa y sus respectivas extensiones, cuando aplique. (ver párrafo 3.3).			
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna			
El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
El proyecto califica como: SEQ <input type="checkbox"/> PTI <input checked="" type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> Geográfica <input checked="" type="checkbox"/> % de beneficiarios <input type="checkbox"/>			

(*) Bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1), el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al calendario de amortización, así como conversiones de moneda y de tipo de interés, con sujeción en todos los casos a la fecha de amortización final y la Vida Promedio Ponderada (VPP) original. Al considerar esas solicitudes, el Banco tendrá en cuenta las condiciones de mercado, así como consideraciones operacionales y de gestión de riesgos.

(**) 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.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 El Estado de Sergipe, ubicado en el noreste de Brasil, es el más pequeño de los estados brasileños con una población de 2.068.031 habitantes, de los cuales 73,5% vive en el área urbana y 30% en la capital, Aracaju (Instituto Brasileño de Estadística, IBGE, 2010). Entre 2002 y 2010, el Producto Interno Bruto (PIB) de Sergipe se incrementó 44,4%, con un promedio anual de crecimiento de 4,7% por encima del promedio nacional de 3,6%. Entre 1991 y 2000, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Estado ha variado de 0,609 a 0,742, llegando a ser el segundo más alto del Nordeste. La mejora de tales indicadores fue acompañada también por un fuerte crecimiento de la población –15,9% en la última década. A pesar de estos avances, el ingreso familiar promedio en Sergipe representa 62% del ingreso familiar promedio de Brasil (Secretaría de Estado de Planificación, Presupuesto y Gestión, (SEPLAG)). Según datos del Ministerio de Desarrollo Social (MDS), 16% de la población del Estado se encuentra en condiciones de extrema pobreza, concentrada mayormente en el área rural.
- 1.2 Sergipe se ha destacado en los últimos años por implementar políticas de desarrollo económico dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población, lo que ha resultado, por ejemplo, en un incremento de 7,42% en la generación de empleos formales, y de 18,8% en los cupos de enseñanza universitaria, el triple de la media del noreste, entre 2009 y 2010. En línea con este esfuerzo, en el 2011, la SEPLAG elaboró el Mapa de la Pobreza en Sergipe¹ con el objetivo de identificar los problemas críticos de desarrollo de las regiones del Estado. A partir de este mapa fue diseñada la estrategia “Plan Sergipe Más Justo”, integrada y coordinada entre los diversos sectores del gobierno, enfocada en la erradicación de la pobreza y extrema pobreza. Dicha estrategia se estructura en tres ejes: (i) transferencia de ingresos; (ii) inclusión productiva; y (iii) acceso a servicios públicos. En este último eje se destacan las estrategias de salud para ampliar el acceso a los servicios de la población más pobre.
- 1.3 **Desafíos de salud pública en Sergipe, factores de riesgo y perfil epidemiológico.** Sergipe presenta tendencias positivas muy semejantes a Brasil en cuanto a factores de riesgo relacionados a las enfermedades crónicas. Entre 2006 y 2011, se registran logros destacables como la reducción de 2,9% en el consumo de tabaco, el aumento en 14 % en los niveles de actividad física y en 8,2% en el consumo regular de frutas y hortalizas. No obstante, en el mismo período, otros factores de riesgo se incrementaron, como por ejemplo los niveles de sobrepeso y obesidad que pasaron de 40,2% a 44,5% y de 13,6% a 14,6%, respectivamente.

¹ El Mapa de la Pobreza en Sergipe toma en cuenta el ingreso e indicadores como acceso a la educación, al agua potable, energía, y aspectos sanitarios, entre otros. El mapa ha mostrado grados de pobreza y pobreza extrema en las diferentes regiones, destacándose la concentración en regiones lejanas de la capital, como Alto Sertão y Baixo São Francisco.

Adicionalmente, en 2011 5,6% de la población adulta padecía de diabetes y 23,3% de hipertensión arterial².

- 1.4 El cuadro epidemiológico del Estado es muy representativo de patologías asociadas a estos factores de riesgos, que pueden ser enfrentados con la cobertura y la calidad de la atención primaria, enfocadas en la promoción de hábitos saludables y la detección oportuna de las enfermedades. El perfil de morbimortalidad del Estado muestra que las principales causas de muertes están relacionadas a las enfermedades circulatorias (25,6%)³, seguidas de las causas externas (14,9%), y de las neoplasias (12,2%), que en su conjunto en 2011 fueron responsables del 56,72% de las muertes en hombres y 51,99% en mujeres⁴. Asociado a la alta carga de enfermedades crónicas, se observa también entre 2008 y 2011, el incremento de 48,84% en el número de amputaciones de miembros inferiores por complicaciones de la diabetes, representando 12 amputaciones semanales en el último año. Estos cuadros agudos son altamente evitables ya que se estima que hasta 80% de las enfermedades cardíacas, de los accidentes cerebrovasculares y de la diabetes tipo II, son prevenibles⁵ y por ello la importancia de la activación de prácticas de promoción a la salud y la adhesión de los pacientes a su plan de autocuidado⁶.
- 1.5 Una de las consecuencias de la creciente prevalencia de las enfermedades del aparato circulatorio y de las causas externas es el incremento de las discapacidades permanentes o transitorias, sobre todo en la edad adulta. Se estima que 40% de las jubilaciones precoces del Estado se deben a los Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC), del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)⁷, resultado de la hipertensión.
- 1.6 La incidencia del cáncer y su impacto en la tasa de mortalidad de Sergipe vienen en franco crecimiento, afectando principalmente a adultos en edad productiva –a partir de los 45 años⁸. Cobran mayor importancia entre las neoplasias, el cáncer de próstata y de pulmón en los hombres, y el de mama y cuello uterino en las mujeres, responsables en 2011 de 10,14 y 9,68 de muertes por 100 mil habitantes, respectivamente. Para 2012 y 2013, se estima una incidencia de 35 casos de cáncer de mama y de 48,5 casos de cáncer de próstata, ambos por 100.000 habitantes, en Sergipe [Instituto Nacional de Cáncer (INCA) y Ministerio de Salud (MS)]⁹. Según la Secretaría de Estado de Salud de Sergipe (SES/SE), en 2012 apenas un quinto de la población-meta que debería acceder a exámenes de mamografía, se hizo el

² *Vigitel Brasil 2011 y 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 y 2007.*

³ *Ministerio da Saúde* (2011). Las enfermedades crónicas son responsables de 72% de las muertes en Brasil.

⁴ *Op.cit* (idem 9).

⁵ WHO (2008). *Primary Health Care: Now more than ever.*

⁶ Pacientes más activos contribuyen a la mejora de su condición de salud. Bodenheimer et al, 2002; Hibbard y Geene, 2013.

⁷ *SES-SE. Avaliação da Hipertensão, Diabetes Mellitus y AVC em Sergipe. Sergipe, 2013.*

⁸ LIMA, C.A. *Tendências de Incidências e de Mortalidade por Câncer no Município de Aracaju, Sergipe. Tese de Doutorado, UFSE, Ciências da Saúde, 2013.*

⁹ Las estimativas de incidencia de cáncer sirven para identificar factores de riesgos para una determinada población y para cuantificar el impacto causado por el cáncer. (op. Cit ídem 7).

estudio¹⁰. Esto sucede en parte por la deficiente cobertura de servicios para detección precoz del cáncer de mama.

1.7 En cuanto a la atención materno-infantil, los esfuerzos de los últimos años para reducir la mortalidad infantil en Sergipe han sido exitosos, lo que es confirmado por la caída del Coeficiente de Mortalidad Infantil (CMI) de 28,6 por mil Nacidos Vivos (NV) en 2002, a 16,1 por mil NV en 2011, con tendencia a la baja. A pesar de estos avances, Sergipe presenta todavía algunos rezagos en el área de salud materna y del recién nacido, resultado en parte de la dificultad de acceso a las intervenciones básicas de salud, así como de brechas en la calidad de los servicios ofrecidos. Entre 2000 y 2011, la tasa de mortalidad materna ha oscilado entre caída y alza, sin una tendencia clara. En 2011 fueron registradas 83 muertes por 100 mil NV, muy superior al promedio nacional (63 por 100 mil NV), y lejos de la meta del país en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de alcanzar 35 muertes por 100 mil NV en 2015. Las causas obstétricas directas¹¹ fueron responsables por 76% de las muertes maternas en el Estado en 2011 (diez puntos superior a la media de Brasil), consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio ocasionados por errores en las intervenciones, tratamientos incorrectos, omisiones, o cualquiera de estos factores asociados. Se corroboran así fallas en la atención básica, sobre todo en la prenatal, cuando se esperaría detección y clasificación de riesgo precoz para impedir el agravamiento de cuadros y para brindar tratamientos oportunos. Un ejemplo de esto es la alta incidencia de la sífilis congénita que viene en aumento, llegando a 10,7 por 1.000 NV en 2012¹². La inadecuada asistencia prenatal¹³ afecta tanto a la mujer como al neonato, principalmente precoz (hasta 28 días), donde se concentran 62% de los óbitos infantiles.

1.8 **La estructuración de los Servicios en el SUS de Sergipe.** El Estado posee alta cobertura de la Atención Básica de Salud¹⁴ (ABS) –cerca de 83%–, muy superior a la media nacional y del Noreste, de 58,06% y 69,70% respectivamente. Ésta se organiza casi en su totalidad bajo el modelo del Programa de Salud Familiar (PSF)¹⁵. Tan amplia cobertura todavía enfrenta retos asociados a la calidad, como por ejemplo, la ausencia de protocolos de referencia y contra referencia entre la ABS y los otros servicios de apoyo al embarazo, en particular al embarazo de riesgo. También en la indisponibilidad de pruebas rápidas de *Human*

¹⁰ El MS recomienda que 60% del público meta (mujeres entre 50 y 69 años) accedan al examen anual.

¹¹ Las dos principales causas directas específicas de muerte materna en Brasil son la hipertensión y el shock hemorrágico, que correspondieron en 2010, a 19,7% y 10,9% del total de óbitos maternos, respectivamente. Otras causas obstétricas directas importantes son la infección puerperal y el aborto, que correspondieron, respectivamente, a 6,5% y 4,6% del total de óbitos maternos.

¹² En 2011 el promedio nacional y regional fue de 3,3 y 3,6 casos por 1000 NV, respectivamente.

¹³ En 2011, apenas 45,8% de las embarazadas accedieron a las 7 consultas prenatales recomendadas por el MS, mientras que el promedio nacional es de 61,3%.

¹⁴ En Brasil, la cobertura poblacional de la ABS es medida por la relación entre 1 equipo de salud de la familia (equipo mínimo: 1 médico, 1 enfermero, 1 técnico en enfermería y mínimo 4 Agentes Comunitarios de Salud) por cada 3.000 habitantes (*Política Nacional de Atenção Básica*).

¹⁵ Ver Macinko J, et al., 2006 “*Evaluating of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002*” y Macinko J, et al. 2007. “*Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004*”.

Immunodeficiency Virus (HIV) y sífilis a las embarazadas, resultando en un tiempo promedio de espera de 60 días de los resultados de los exámenes.

- 1.9 En cuanto a la atención de media complejidad¹⁶, Sergipe también muestra importantes brechas, sobre todo en el interior, dado que 80% de los servicios se concentran en Aracaju¹⁷. Existe una red ambulatoria especializada, pero la misma es insuficiente y se encuentra fragmentada y desconectada de la lógica integral del sistema. Por ejemplo, el tiempo de espera para consultas médicas en las especialidades de cardiología, endocrinología y neurología alcanza un promedio de 6 meses (NUCAAR, 2013¹⁸). Lo mismo ocurre con los servicios de diagnóstico y terapia. Así, la media complejidad de Sergipe presenta, además de una oferta insuficiente, un bajo cumplimiento de las metas pactadas –en promedio se logra ofrecer entre 30% y 50% de la atención programada de consultas especializadas y exámenes diagnósticos. Esto se explica porque los municipios ofertantes no logran producir las intervenciones acordadas, consecuencia de su limitada capacidad operativa y de problemas de organización del servicio.
- 1.10 En relación a la alta complejidad¹⁹, 90% de los procedimientos se concentran en la capital mientras que en el interior existen seis Hospitales Regionales (HR), con perfil de urgencia y con pocas especialidades. Varios servicios presentan oferta insuficiente para atender la creciente demanda. Por ejemplo, los servicios de oncología muestran largas filas de espera para cirugías y tratamiento de quimioterapia y radioterapia²⁰. Esta situación resulta en retrasos en el tratamiento, poniendo en riesgo el éxito de las intervenciones y las posibilidades de cura.
- 1.11 **La Reforma Sanitaria en Sergipe.** El Estado ha implementado desde 2007 un proyecto de Reforma Sanitaria y Gerencial del Sistema Único de Salud (SUS)²¹, que además de buscar garantizar los derechos previstos en la Constitución Nacional de 1988²², propone mejorar la eficiencia y la eficacia en la entrega de servicios de salud. Congruente con las directrices del SUS y las normativas que orientan su implementación²³, tal reforma está centrada en dos ejes técnico-institucionales: (i) el fortalecimiento del rol del Estado como inductor de políticas y coordinador del sistema de salud, y (ii) la descentralización de la oferta de servicios, conformada en regiones, garantizando el acceso y la atención integral.

¹⁶ Los servicios de media complejidad en el SUS comprenden las consultas médicas especializadas y de otros profesionales especialistas y servicios de apoyo diagnósticos y terapéuticos.

¹⁷ Ver Sousa, David y Ana Santana, *Análise da Atenção Especializada de Media Complexidade em Sergipe*.

¹⁸ *Núcleo de Controle Auditoria Avaliação e Regulação* (NUCAAR).

Los servicios de alta complejidad en el SUS corresponden a procedimientos que involucran alta tecnología y alto costo, así como la atención hospitalaria.

²⁰ El *Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal* (SIGAU) registró en 20/8/13 un total de 333 pacientes en fila de espera para tratamiento de radioterapia en el Núcleo de Oncología del Hospital de Urgencia de Aracaju.

²¹ La Ley 6345 de 2008 define la organización y el funcionamiento del SUS en el Estado de Sergipe.

²² Art. 198 de la Constitución Federal (1988). “Las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada, y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo a las directrices de la descentralización, atendimento integral y participación de la comunidad”.

²³ Lei 8080 – *Lei Orgânica da Saúde*, 1990. En el portal del SUS hay mayor información sobre el sistema.

- 1.12 Los cambios producidos por la Reforma para sostener los ejes señalados, resultaron en un rediseño organizacional y de marco de gestión para la salud, que se resume en: (i) la organización del SUS en Redes de Atención en Salud (RAS)²⁴; (ii) la creación de fundaciones²⁵ responsables de la provisión de servicios e insumos de salud en las regiones, dirigidas a generar un modelo de atención integral y descentralizado; (iii) la introducción de mecanismos de gestión para la planificación y programación de acciones y servicios de distintos niveles de complejidad. Para garantizar el acceso universal a la salud fue también fomentada la concertación entre los entes federados, a partir de la constitución de los Colegiados Interfederativos Regionales (CIR, integrado por los municipios en cada región) y de instrumentos de negociación y acuerdos. En Sergipe, el principal mecanismo de concertación sobre ofertas y demandas de servicios de media y alta complejidad entre los municipios, es la *Programação Pactuada Integrada (PPI)*. La PPI es un instrumento previsto en la constitución del SUS (Reglamento Ministerial 1097/2006) que busca garantizar el acceso de la población a los servicios, especialmente los más complejos, de manera ecuaníme a partir de una mejor organización de la oferta existente. Para esto, los municipios establecen acuerdos de provisión de servicios, y anualmente se comprometen a brindar prestaciones específicas al (a los) municipio (s) de acuerdo a su interés y disponibilidad, recibiendo, en contrapartida, transferencias de recursos. El Estado cumple el rol de intermediador, coordinador y articulador de la PPI y el MS transfiere los recursos para financiar el pacto.
- 1.13 **La organización de la salud en RAS y sus desafíos en Sergipe.** La organización de la salud en RAS busca superar los problemas de fragmentación, racionalizar la provisión y el uso de servicios de salud, evitando duplicaciones, vacíos asistenciales y sobrecostos causados por la agudización evitable de cuadros de enfermedades²⁶. Evidencia internacional muestra que una red integrada puede impactar en la calidad de la atención por medio de protocolos clínicos, los cuales definen las intervenciones más apropiadas para una condición, quiénes deben ejecutarlas, y establecen el tránsito de los pacientes a lo largo de la cadena de servicios (Bodenheimer, 2008). En línea con estas evidencias, el MS lanzó en 2010 las “Directrices para la Organización de Red de Atención de Salud del SUS” (RAS) para fomentar la implementación de esta estrategia²⁷.
- 1.14 Desde la Reforma Sanitaria, Sergipe viene invirtiendo en la consolidación del modelo de RAS. En particular, el Estado cuenta con planes de acción y financiamiento aprobados por el MS para las redes materno-infantil y de urgencia y emergencia. El Plan Plurianual de Acción (PPA) 2012-2015 también prevé la

²⁴ Las RAS son arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de distintas densidades tecnológicas, que integradas por medio de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integralidad del cuidado. *Ministério da Saúde, Brasil, 2010*.

²⁵ Se han creado tres fundaciones en el marco de la reforma: *Fundação Estadual de Saúde* (FUNESA); *Fundação Hospitalar de Saúde* (FHS) y la *Fundação de Saúde Parreira Horta* (FSPH), que ejecutan un amplio espectro de acciones en salud para el SUS en el Estado.

²⁶ Las enfermedades crónicas en Brasil consumen en la actualidad entre 0,4% y el 0,5% del PIB, según datos de la OMS.

²⁷ Portaria 4279, MS, 2010.

construcción de 102 “Clínicas de Salud de la Familia” para el fortalecimiento de la ABS, clave para el buen funcionamiento de las RAS. Además, el Plan prevé la expansión de servicios hospitalarios y de emergencia, con la implementación de Unidades de Pronto Atención (UPAs) en municipios de referencia.

- 1.15 A pesar de estos avances, la estructuración de las RAS en el Estado todavía presenta algunos desafíos importantes, tales como: (i) brechas regionales de oferta de la atención; (ii) ausencia de líneas de cuidados y de protocolos que ordenen la asistencia al paciente; (iii) fragilidad del rol de la SES/SE en la coordinación y acompañamiento de los acuerdos de provisión de servicios entre municipios (PPI) y en la supervisión de contratos con el sector privado; (iv) debilidad en los sistemas logísticos (principalmente transporte sanitario) y de información; y (v) alta rotación de los profesionales de salud, en especial médicos, generando discontinuidad de atención a usuarios y baja fidelización a los tratamientos²⁸.
- 1.16 **Propuesta de consolidación del modelo de RAS en Sergipe.** Enmarcado en este contexto, el programa propuesto financiará la consolidación del modelo de redes conformando 5 RAS que cubrirán las necesidades de atención de todo el Estado. Para definir las 5 RAS, la SES/SE consideró los siguientes criterios: (i) parámetros poblacionales; (ii) escala y economicidad; (iii) perfil epidemiológico y riesgo de salud de las regiones; (iv) rutas de acceso; y (v) ubicación de los servicios actuales y los planificados²⁹. Dichas RAS buscan generar un padrón de asistencia integral de calidad en cada región, considerando las especificidades de las demandas, las condiciones socioeconómicas locales, la oferta de profesionales, las tecnologías y equipamientos, así como el poder de compra y de financiamiento del Estado y de los municipios.
- 1.17 **Estrategia del Banco con el país y GCI-9.** El programa está alineado con la Estrategia de País con Brasil 2012-2014 (GN-2662-1), en particular con la meta regional de promover la inclusión social y productiva mediante la reorganización del sistema de salud, a través de un modelo descentralizado. Las actividades financiadas contribuirán directamente a expandir la oferta de servicios de prevención de enfermedades crónico-degenerativas; a mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios materno-infantiles; y a reducir las desigualdades regionales. El programa es complementario a otras intervenciones del Banco en Sergipe como el PRODETUR (BR-L1256), ya que atenderá las regiones más pobres del Estado. Además, el programa se encuadra con los objetivos del Noveno Aumento General de Recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (GCI-9, AB-2764), de reducción de la pobreza y promoción de la equidad y, especialmente con el de reducción de la mortalidad materna e infantil y con el producto “incremento del número de personas recibiendo servicios de salud”, enmarcados en la prioridad sectorial “Política Social para la Igualdad y la Productividad”.

²⁸ Estudios muestran beneficios al paciente de la estabilidad del equipo de salud. Atlas SJ, Grant RW, Ferris TG, Chang Y, Barry MJ. *Patient-physician connectedness and quality of primary care. Annals of internal medicine.* 2009 Mar 3;150 (5):325-35. PubMed PMID: 19258560. Pubmed Central PMCID: 2975389.

²⁹ Ver [Organización de las RAS](#).

- 1.18 El programa propuesto es de carácter innovador pues busca contribuir a la consolidación del modelo de atención en RAS en el país, a partir de la experiencia de Sergipe. Fueron incorporados a su diseño, conocimientos generados en las discusiones técnicas en la preparación del Programa BR-L1376 (Estado de *São Paulo*), en el área del desarrollo de las RAS y de las líneas de cuidado. Se espera que el conocimiento acumulado por ambas operaciones, contribuyan a la generación de evidencias sobre la efectividad de las RAS, que servirán de insumos para el debate nacional y para las futuras operaciones del Banco.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.19 El objetivo principal del programa es contribuir a la mejora de la salud de la población de Sergipe, especialmente la más vulnerable, reduciendo las desigualdades regionales y garantizando el acceso a servicios de calidad. Para esto, se buscará fortalecer la gestión estadual del SUS, expandir la red física de media y alta complejidad, y mejorar las prácticas clínicas. El programa buscará alcanzar tales objetivos por medio de los siguientes componentes:

- 1.20 **Componente 1. Fortalecimiento de la gestión estadual del SUS (BID US\$29,3 millones).** El objetivo de este componente es incrementar la capacidad de gestión de la SES/SE y del conjunto de municipios sergipanos, así como desarrollar e implementar instrumentos gerenciales, orientados a la organización en RAS. Se prevé financiar, entre otros: (i) la constitución de un núcleo estratégico; (ii) el desarrollo de un sistema integrado de información de salud; y (iii) el fortalecimiento de la Central Única de Regulación.

- 1.21 **Subcomponente 1. Mejora de la capacidad de gestión de la SES/SE.** Este subcomponente busca reforzar el rol estratégico de la SES/SE como coordinador, articulador e inductor de la política de Salud en el Estado. Se financiarán: (i) la creación del núcleo estratégico de la SES/SE; (ii) la reforma y adecuación del predio principal de la SES/SE³⁰; (iii) el desarrollo e implementación del Sistema Integrado de Informaciones; y (iv) la realización de estudios clave³¹ para impulsar la mejoría de la eficiencia de la gestión estadual del SUS.

- 1.22 **Subcomponente 2. Apoyo al modelo de gestión de las RAS.** Este subcomponente tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los profesionales y coordinadores del SUS de los municipios y del Estado, y ordenar el acceso de servicios en las regiones. Para esto, se financiarán: (i) la construcción e implementación de la Central Única de Regulación³² para garantizar el acceso y la integralidad de la asistencia; (ii) la construcción de un centro de capacitación y formación del SUS en

³⁰ Las condiciones físicas del edificio de la SES/SE son precarias, lo que impacta sobre su capacidad operativa y sobre los resultados. Un 3,7% del préstamo se destina a esta finalidad.

³¹ Estudios sobre: Modelaje de redes regionales; Estrategias de atracción y fijación en RRHH en salud; Calidad y eficiencia del gasto en salud, y mecanismos de gestión de los servicios; transporte sanitario electivo; costo efectividad en laboratorios; Instrumentos de contractualización y regulación entre Estado y municipios; Modelaje de la central única de regulación; y Encuesta domiciliaria de personas deficientes.

³² Ver definición de Regulación en SUS de A a Z, página 199.

Sergipe y la adquisición de equipos para el mismo; y (iii) la capacitación de gestores y técnicos de los municipios y del Estado.

- 1.23 **Componente 2. Estructuración de los servicios en las RAS. (BID US\$65,1 millones, Local US\$40 millones).** El objetivo de este componente es reforzar la infraestructura de los servicios, reorganizando y ampliando la oferta de servicios en las regiones de salud, así como incrementar la calidad de los mismos por medio de la mejoría de las prácticas clínicas. Además, se espera mejorar la coordinación e integración de los distintos niveles de atención en las RAS. El componente se estructura en dos ejes principales:
- 1.24 **Subcomponente 1. Expansión y mejora de la oferta de media y alta complejidad, con foco en la regionalización de los servicios.** Este subcomponente tiene por objetivo promover el acceso equitativo a la atención en salud, garantizando la integralidad del cuidado del paciente. Esto será alcanzado mediante las siguientes actividades: (i) reforma, expansión y adquisición de equipos para los cinco Centros de Especialidades Médicas; (ii) adquisición de equipos para el hospital especializado en cáncer, conforme el perfil físico funcional acordado con el Banco; (iii) acreditación en calidad del Hospital Especializado en Cáncer; (iv) adquisición de equipos para un Centro Especializado en Rehabilitación CER IV en Aracaju; (v) construcción de la sede del Laboratorio Central de Sergipe (LACEN) y adquisición de equipos; (vi) acreditación en calidad del LACEN; (vii) adquisición de equipos para el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer (CAISM); y (viii) adquisición de vehículos para transporte sanitario de pacientes en las regiones de salud.
- 1.25 **Subcomponente 2. Mejora de la gestión clínica a través de la estructuración e implementación de las líneas de cuidado.** Se busca, por medio de este subcomponente, incrementar la calidad de la atención reorganizando los procesos y prácticas clínicas e instituyendo las líneas de cuidado materno-infantil, oncológica, de enfermedades crónicas y de personas con discapacidad, que responden a las condiciones de salud prevalentes o prioritarias del Estado. Se financiará el diseño, la validación y la implementación de los protocolos clínicos y el desarrollo de las líneas de cuidado³³ mediante estudios, consultorías, capacitaciones y la elaboración e impresión de guías y manuales clínicos.
- 1.26 **Componente 3. Administración, monitoreo y evaluación del programa (BID US\$5,6 millones).** El objetivo es apoyar a la SES/SE en la ejecución, monitoreo y acompañamiento de los resultados acordados para el programa. Serán financiados: (i) costos, con la contratación de consultores para la Unidad de Gestión del Programa (UGP); (ii) la contratación de un sistema de monitoreo de las actividades; (iii) estudios de evaluación intermedia y de impacto; y (iv) la auditoría del programa.

³³ Las Líneas de Cuidado son un conjunto de saberes, tecnologías y recursos necesarios para el enfrentamiento de los riesgos o condiciones específicas de salud, ofertados de forma articulada por el SUS, organizados en flujos y basados en protocolos clínicos/manuales técnicos (*Secretaría de Salud São Paulo*).

- 1.27 **Costos y financiamiento.** El costo total del programa será de US\$140 millones, de los cuales US\$100 millones (72%) corresponden a financiamiento del BID y US\$40 millones (28%) serán financiados por el Estado de Sergipe. El programa cuenta con una carta consulta aprobada por la Comisión de Financiamiento Externo (COFIEEX) del Gobierno de Brasil, por medio de la Recomendación No. 1340 del 5 de octubre de 2012.
- 1.28 El cuadro 1.1 especifica la distribución de costos por componentes y por fuentes de financiamiento:

Cuadro 1.1: Costos de la Operación (Dólares US\$)

Descripción	BID	Local	Total
Componente 1. Fortalecimiento de la gestión estadual del SUS	29.281.421	0	29.281.421
Componente 2. Estructuración de los servicios en las RAS	65.085.391	40.000.000	105.085.391
Componente 3. Administración, monitoreo y evaluación del programa	5.633.188	0	5.633.188
Total	100.000.000	40.000.000	140.000.000

C. Indicadores clave de la Matriz de Resultados

- 1.29 Los indicadores seleccionados para la Matriz de Resultados buscan reflejar los cambios que se espera que ocurran como consecuencia de las actividades financiadas por el programa, en el estado de salud de la población de Sergipe. En especial, se optó por incorporar los indicadores de impacto que mejor captan la evolución de las 5 condiciones de salud prioritarias: (i) tasa de mortalidad materna por causas obstétricas directas; (ii) mortalidad por cáncer cérvico-uterino; (iii) mortalidad prematura por diabetes mellitus en menores de 60 años; (iv) mortalidad prematura por accidentes cerebro-vasculares en menores de 60 años; y (v) tasas de internación por hospitalizaciones sensibles a la atención básica. Como indicador intermedio se destaca el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años que realizan una mamografía anual, y como resultados finales, el porcentaje de embarazadas con 7 controles pre-natales mínimos y el porcentaje de personas con diabetes e hipertensión registrado en las unidades básicas de salud, que reciben acompañamiento.
- 1.30 Para el seguimiento de estos indicadores serán utilizados los diversos bancos de datos que conforman el DATASUS, sistema oficial de datos de salud en Brasil gestionado por el MS. El DATASUS reúne datos nacionales desagregados por unidades de la federación (estados y municipios), llegando al nivel de los servicios (producción y desempeño). Este sistema representa la fuente principal de datos en salud pública, debido al vasto acervo de informaciones, al registro de largas series temporales y a la confiabilidad de sus datos.
- 1.31 El análisis económico que se realizó para esta operación se enfocó en las inversiones destinadas al fortalecimiento de la atención de media complejidad, por medio de la construcción de los centros de especialidades en las 5 RAS en Sergipe. Fueron seleccionadas 9 prestaciones principales que corresponden a aquellas que deberán ser las más demandadas, tomando en cuenta las patologías prevalentes y

los tratamientos hoy preconizados. Se estimó la demanda para estos servicios, utilizando parámetros asistenciales nacionales e internacionales, los cuales vienen siendo adoptados por el Estado³⁴. También se verificó la oferta efectiva (parámetro año 2012) y con esto, se identificaron las brechas de oferta para cada una de las 9 prestaciones. Finalmente, el análisis comparó el costo de provisión de estos servicios faltantes en el sector público, versus su contratación en el sector privado. Los indicadores de rentabilidad señalan que los beneficios de las inversiones del programa superan los costos de inversión y operación asociados a la ejecución del proyecto. En efecto, el Valor Actual Neto (VAN) para una tasa de descuento de 12%, arroja un valor de US\$38.298.538, con una Tasa Interna de Rendimiento (TIR) de 28,95%. Por su parte, el análisis de sensibilidad muestra que el punto de indiferencia entre invertir y operar los centros de especialidades, versus resolver la brecha comprando servicios, se da cuando la inversión tiene una desviación del 116%, situación de difícil ocurrencia.

- 1.32 En cuanto a la sostenibilidad de las inversiones propuestas, [análisis financieros](#) muestran que Sergipe cuenta con una reserva técnica para operar nuevos servicios, cercana al 50% de los recursos asignados actualmente por el MS para la atención de media y alta complejidad. Esto garantiza que las nuevas unidades contarán con recursos suficientes para su funcionamiento permanente.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El financiamiento del Banco para la presente operación se concretará a través de un préstamo de inversión, bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1). El plazo de desembolso previsto es de 5 años.

B. Riesgos ambientales y sociales

- 2.2 El programa fue clasificado de acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias del Banco (OP-703) como “Categoría B”. Para cumplir con la OP-703, durante la preparación de la operación fue elaborado por el Gobierno del Estado, a través de su unidad de preparación de la operación, un Informe de Evaluación Ambiental del Programa (RAA) que identificó los principales impactos y riesgos socio ambientales potenciales, enfatizando las intervenciones del Componente 2 (Estructuración de los Servicios en las RAS), así como las medidas de prevención y mitigación, además del control ambiental de estos impactos. En atención a la Política de Acceso de Información del Banco (OP-102), el programa ha sido divulgado por medio de los sitios institucionales de la SES en internet <http://www.saude.se.gov.br>; en el portal de la Agencia Sergipe de Noticias (ASN): <http://www.agencia.se.gov.br/>; y en el portal de SEPLAG <http://www.seplag.se.gov.br>. Además, el RAA fue puesto a disposición para consulta y para contribuciones de la población en el sitio de internet de la SES y será presentado y discutido en una reunión pública a ser organizada por el OE.

³⁴ Los servicios programados en la PPI de Sergipe están basados en parámetros de necesidad, según protocolos del MS y OMS.

- 2.3 Los impactos positivos del programa corresponden a la mejoría de la salud de la población, sobre todo, la más vulnerable. El programa hace parte de las prioridades sociales identificadas en el Mapa de la Extrema Pobreza de Sergipe que ha servido de base para la elaboración del “Plan Sergipe Más Justo”. Estos impactos se reflejarán en todo el Estado, reduciendo las desigualdades de acceso a los servicios de salud entre las regiones. Los impactos negativos durante las obras serán transitorios y de baja magnitud. Los impactos negativos potenciales durante la operación de los servicios, corresponden al manejo de residuos, efluentes líquidos y emisiones de gases.
- 2.4 Los cuidados y medidas dirigidos al control, prevención y mitigación de los impactos negativos potenciales, están descritos en el Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) incluido en el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) anexo a este documento. El [IGAS](#) prescribe los procedimientos, acciones y responsabilidades para la correcta gestión socio ambiental del programa.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.5 Se evaluó la capacidad de la SES-SE para la organización, ejecución, y control del programa, a través de un análisis SECI. Los resultados demuestran que la SES posee una capacidad institucional mediana para la gestión del programa, y un nivel de riesgo institucional medio. En materia fiduciaria, se identificó la falta de experiencia del personal técnico en la ejecución de proyectos con financiamiento externo y la falta de conocimiento de las normativas/políticas del Banco, lo que podría afectar la ejecución del programa. Como mitigación se prevé: (i) la creación de una UGP vinculada directamente a la SES/SE, que contará con especialistas de dedicación exclusiva y servirá como interlocutora directa entre la SES/SE y el Banco; (ii) el apoyo al gerenciamiento del programa a través de una firma especializada; (iii) la creación e institución de una Comisión Especial de Licitación (CEL), que se encargará de los procesos de adquisiciones y contrataciones con recursos del financiamiento, siguiendo las políticas del Banco, compuesta por funcionarios asignados de la SES-SE; (iv) la adecuación del sistema financiero actual o en su defecto la incorporación de un Sistema de Gestión del programa homologado por el Banco, que incluya un módulo de administración financiera y contable para asegurar el cumplimiento de los requisitos de rendición de cuentas; (v) la elaboración de un Reglamento Operativo (RO) que describa el flujo detallado de los procesos fiduciarios; y (vi) la realización de entrenamientos y capacitaciones por parte del Equipo Fiduciario del BID a todo el personal involucrado en la ejecución.

D. Otros riesgos

- 2.6 Fueron identificados dos riesgos principales al desarrollo del programa, ambos vinculados a las características de la gestión del SUS. En primer lugar, existe la posibilidad de que la PPI anual sea un instrumento inadecuado para el modelo de gestión por RAS que el programa se propone consolidar. La PPI actual genera compromisos frágiles por parte de los gestores de salud respecto a las metas de oferta de atención, debido a problemas de clarificación de objetivos. Además, es

limitada la capacidad de la SES/SE de coordinar y mediar estos pactos. Como medida de mitigación de este riesgo, se propone la realización de estudios y apoyo técnico para el diseño de nuevos mecanismos de acuerdos entre municipios.

- 2.7 En segundo lugar, se identificó como riesgo la posibilidad de contar con una baja oferta de personal de salud, especialmente médicos, para los servicios que serán implementados en el interior. Esto puede comprometer el cumplimiento de las metas del programa, dado que los equipamientos financiados requerirán de personal especializado para funcionar de acuerdo a las directrices del SUS. El MS está buscando diferentes soluciones para apoyar a los Estados en esta problemática, siendo una de ellas la creación del Programa “*Mais Médicos*”³⁵, dirigido al reclutamiento y selección de médicos brasileños y de algunos países elegidos para trabajar en áreas socialmente prioritarias, entre las cuales se encuentra Sergipe. Otras estrategias en curso, impulsadas por la SES/SE, incluyen: (i) la expansión de cupos en los cursos de graduación en medicina, ampliación de los programas de residencia médica y creación de un hospital universitario, todo en el interior del Estado; y (ii) implementación de programas de formación y educación permanente a distancia. Entre ellos se destaca el programa de especialización en medicina de familia, dirigido a médicos recién graduados para fomentar la adhesión de los profesionales al PSF en el interior. En especial, este programa apoyará a la SES/SE con algunas acciones estratégicas, en línea con las anteriores, tales como la construcción del centro de formación del SUS/SE y la realización de estudios para apoyar una estrategia integral de largo plazo, y de atracción y retención del personal de salud en las áreas más alejadas.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 El prestatario será el Estado de Sergipe y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del mutuario, derivadas del contrato de préstamo. El Organismo Ejecutor (OE) será la SES/SE que tendrá responsabilidad sobre la administración, supervisión y evaluación del programa. Para esto, será creada una UGP responsable de estas funciones, con la debida estructura de cargos y atribuciones. La UGP se vinculará directamente al Gabinete de la SES/SE y será creada por un instrumento jurídico pertinente. La Unidad será compuesta por un equipo de funcionarios del cuadro de la SES/SE, de dedicación exclusiva que contará con apoyo de una empresa especializada en gestión de proyectos. Se prevé la siguiente estructura: (i) un coordinador general; (ii) un coordinador técnico; (iii) un coordinador de planificación, presupuesto y administración; y (iv) un coordinador de obras. Además, la UGP contará con el apoyo de la CEL mencionada en el párrafo 2.5. Una firma gerencial apoyará a la UGP en la parte técnica, administrativa y financiera, así como en la supervisión de la ejecución del programa, incluyendo la supervisión de las obras.

³⁵ Para ver más, consultar: <http://portalsaude.saude.gov.br>.

- 3.2 **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso:** (i) la evidencia de la constitución de la UGP; (ii) evidencia de la designación de los funcionarios de la UGP; (iii) la creación de la CEL del programa; (iv) la entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos previamente acordados con el Banco; y (v) el inicio del proceso licitatorio de contratación de la empresa de apoyo a la gestión del proyecto.
- 3.3 **Condiciones de ejecución:** (i) anteriormente a la entrada en funcionamiento de los centros de especialidades médicas, el Mutuario deberá demostrar la entrada en vigencia de los instrumentos jurídicos a ser firmados entre la SES/SE y la Fundación Estadual de Salud (FUNESA) y el Municipio de Aracaju, en los términos previamente acordados con el Banco; (ii) en el plazo de hasta 6 (seis) meses a contar de la fecha de contratación de la empresa de apoyo a la gestión del proyecto, el Mutuario deberá implementar el sistema informatizado de gestión y monitoreo del proyecto, conforme los términos acordados con el Banco; (iii) antes del inicio de las obras, la presentación por el Mutuario, por intermedio del organismo ejecutor, de los proyectos ejecutivos, de las licencias requeridas, del PGAS, y de la realización de consultas públicas, de acuerdo a las políticas del Banco; y (iv) el cumplimiento, por el Mutuario, por intermedio del organismo ejecutor, de los programas, requisitos y directrices establecidos en los PGAS, en el RAA, por sus siglas en portugués, y en el Plan de Control Ambiental (PCA), durante el plazo original de desembolsos del programa y sus respectivas extensiones, cuando aplique.
- 3.4 **Reglamento Operativo del Programa (ROP).** La ejecución del programa estará regida por el ROP, que establece las normas y procedimientos para el OE para la programación, gestión financiera-contable, adquisiciones, auditorías, y seguimiento y evaluación del programa.
- 3.5 **Adquisiciones.** La adquisición de bienes y contratación de obras y de servicios de consultoría se realizarán de conformidad con las Políticas del Banco (Documentos GN-2349-9, Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID, y GN-2350-9, Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID). De acuerdo al análisis de la capacidad del ejecutor, serán revisados en forma ex-ante los procesos indicados en el Plan de Adquisiciones que sean financiados total o parcialmente por el Banco y todos los procesos cuyo costo estimado supere los límites para licitación pública internacional.
- 3.6 **Desembolsos.** Los desembolsos se realizarán bajo la modalidad de anticipos de fondos, con base en las necesidades reales de liquidez del proyecto, para un período máximo de seis meses. Los desembolsos se efectuarán a una cuenta bancaria especial a nombre del proyecto, para uso exclusivo de los recursos del préstamo según lo establecido en el documento OP-273-2, Política de Gestión Financiera para proyectos financiados por el BID.
- 3.7 **Auditoría.** Los Estados Financieros del proyecto (EF) serán auditados anualmente por una firma de auditoría independiente y privada, contratada por el ejecutor y

elegible para el Banco, de acuerdo al documento OP-273-2, Política de Gestión Financiera para proyectos financiados por el BID. Los EF auditados serán presentados al Banco a más tardar 120 días después del cierre de cada ejercicio económico de la entidad, conforme los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco. La auditoría incluirá la revisión de las adquisiciones en forma adicional a las actuaciones y revisiones del Banco.

- 3.8 **Financiamiento retroactivo.** De acuerdo a la Política de Financiamiento Retroactivo (OP-507), el Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta la suma de US\$5 millones (5% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$8 millones (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo en proyectos ejecutivos, arquitectónicos y complementarios, así como en la adquisición de bienes y obras del programa, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 14 de junio de 2013, fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados con más de 18 meses previos a la fecha de aprobación del préstamo.
- 3.9 El OE deberá elaborar informes semestrales de progreso sobre el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada Plan Operativo Anual (POA) y en el Reporte de Monitoreo del Programa (PMR), que incluyen el seguimiento de los riesgos y actividades para su mitigación. Además, el OE acompañará: (i) el estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (ii) el cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iii) el estado de ejecución del presupuesto del programa. El informe del segundo semestre incluirá: (i) el POA para el año siguiente; (ii) el plan de adquisiciones actualizado; y cuando corresponda; y (iii) las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría. Asimismo, el OE contará con una sub-coordinación de monitoreo y evaluación responsable de implementar el [Plan de Monitoreo y Evaluación](#).

B. Actividades de diseño posteriores a la aprobación

- 3.10 Una vez aprobada la operación y previamente a la firma del contrato, se prevé la elaboración de un plan de ejecución (PEP) para apoyar la implementación de las actividades del programa. Además, durante la preparación del programa, se identificaron algunas actividades claves para el buen arranque de la operación. Aprovechando la vigencia de la Cooperación Técnica (ATN/FI-13262-BR)³⁶ que el Banco mantiene con el Estado de Sergipe y que posee un saldo de recursos disponibles, se prevé la contratación de una consultoría para modelar la Unidad Estratégica de la SES, prevista en el Componente 1. La definición previa de su rol, de perfiles técnicos y de atribuciones, serán esenciales para garantizar el cumplimiento de las actividades previstas.

³⁶ Aunque la Unidad Estratégica esté prevista en el Componente 1, esta Cooperación Técnica apoyará la fase anterior a su implementación, ya que su objetivo es apoyar el SUS en algunos estados del noreste de Brasil.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Programa de préstamos		Préstamos para reducción de la pobreza y promoción de la equidad.	
Metas regionales de desarrollo		i) Tasa de mortalidad materna y ii) Tasa de mortalidad infantil.	
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)		Personas que reciben un paquete básico de servicios de salud.	
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2662-1	i) Ampliar la oferta de servicios preventivos de enfermedades crónico-degenerativas y ii) Mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios materno-infantiles y reducir las desigualdades regionales.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2756	La intervención está incluida en el Documento de Programación de País 2014.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		Altamente Evaluable	Ponderación
		9.0	10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		8.4	33.33%
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		2.4	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0	
4. Análisis económico ex ante		10.0	33.33%
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General		4.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		1.5	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados		1.5	
4.4 Supuestos Razonables		1.5	
4.5 Análisis de Sensibilidad		1.5	
5. Evaluación y seguimiento		8.5	33.33%
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5	
5.2 Plan de Evaluación		6.0	
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*		Medio	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Sí	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Sí	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Sí	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B	
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/PDP)	Sí	Administración financiera: i) Presupuesto, ii) Tesorería, iii) Contabilidad y emisión de reportes, iv) Control externo y v) Auditoría interna. Adquisiciones y contrataciones: i) Sistema de información, ii) Método de compras, iii) Contratación de consultores individuales y iv) Licitación Pública Nacional.	
No-Fiduciarios	Sí	i) Sistema Nacional de Planeación Estratégica; ii) Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación; y iii) Sistema Nacional de Estadística.	
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género			
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	Se utilizaron fondos disponibles de la ATN-FI-13262 para financiar dos estudios diagnósticos que fueron estratégicos en el diseño de este programa. Estos son Análise da Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado de Sergipe y Análise da Atenção Especializada de Média Complexidade em Sergipe.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Sí	Los indicadores de interés para esta estrategia de evaluación pueden expresarse como una relación funcional entre las características individuales y de la oferta de servicios. Se espera que la evaluación arroje resultados que evidencien el grado de efectividad de la oferta considerando distintos perfiles poblacionales y comportamientos.	

El Programa de Fortalecimiento de las Redes de Inclusión Social y de Atención a la Salud – PRODEDES - tiene como objetivo mejorar la salud de la población en Sergipe, especialmente la más vulnerable. Para lograr este objetivo el programa financia el fortalecimiento de la gestión del Sistema Único de Salud (SUS), la expansión de la red física de media y alta complejidad, y mejora en las prácticas clínicas.

La propuesta de proyecto incluye el diagnóstico de los problemas principales, una descripción de la población objetivo, y la solución respectiva. El marco lógico del programa presentado en el POD es consistente, cubriendo los insumos, productos, resultados e impactos, incluyendo indicadores finales de la salud de la población de Sergipe. De manera similar, la matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos del programa. Los indicadores en la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen los valores de línea base y metas.

El proyecto presenta un análisis económico de costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas. El monitoreo de los resultados y evaluación del programa estará a cargo de la Unidad de Gestión del Programa que será creada en la Secretaría de Estado de Salud de Sergipe. Las actividades de monitoreo y evaluación han sido planificadas. La fuente de datos primaria para el monitoreo de indicadores es el DATASUS, el sistema oficial de datos de salud para el país.

La evaluación de impacto es cuasi-experimental, utilizando la metodología de diferencias en diferencias y variables instrumentales para medir los efectos causales del programa sobre la salud de la población.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del proyecto	El objetivo principal del programa es contribuir a la mejora de la salud de la población de Sergipe, especialmente la más vulnerable, reduciendo las inequidades regionales y garantizando el acceso a servicios de calidad. Para esto, se buscará fortalecer la gestión del Sistema Único de Salud (SUS), expandir la red física de media y alta complejidad, y mejorar las prácticas clínicas.
------------------------------	--

Indicadores de Impacto¹	Línea de Base	Meta (año 5)	Fuente	Método de cálculo
Muertes prematuras por Diabetes Mellitus (30 a 69 años)	Todos: 290 Hombres: 146 Mujeres: 144 Año 2011	Todos: 249 Hombres: 125 Mujeres: 124	DATASUS	Número de óbitos prematuros (30 a 69 años) por DM/ población residente x 100.000 Diabetes: categorías E10-E14 del CID-10
Muertes prematuras por accidentes cerebro vasculares (30 a 69 años)	Todos: 118 Hombres: 64 Mujeres: 54 Año 2011	Todos: 101 Hombres: 55 Mujeres: 46	DATASUS	Número de óbitos prematuros (30 a 69 años) por accidentes cerebrovasculares (AVC)/población residente x100.000 AVC: Categoría I-64 del CID-10
Tasa de internaciones por hospitalizaciones sensibles a la atención básica	Todos: 569,43/100.000 Año 2012	Todos: 565/100.000 ²	DATASUS	Número de hospitalizaciones por causas sensibles a la atención básica ³ /Población residente x100.000
Razón de la mortalidad materna por causas obstétricas directas	62,99/100 mil nacidos vivos Año: 2011	50/100 mil nacidos vivos	DATASUS	Número de óbitos maternos por causas obstétricas directas / Número de nacidos vivos X 100.000
Mortalidad por cáncer cérvico uterino	11,81/100 mil Año: 2011	9,33/100 mil	DATASUS	Número de óbitos por cáncer cérvico-uterino/población femenina de 12 a 69 años X 100.000
Indicadores de Resultado final	Línea de Base	Meta (año 5)	Fuente	Método de cálculo
Porcentaje de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en su región de domicilio	50,35% Año 2012	80%	DATASUS/SISP RENATAL	Número de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en su región de domicilio/ número de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en todo el Estado X 100
Porcentaje de embarazadas diagnosticadas con sífilis que reciben tratamiento en el primer trimestre de embarazo	20,41% Año 2012	40%	DATASUS	Número de embarazadas diagnosticadas en el 1er. trimestre del embarazo que recibe tratamiento/total de embarazadas diagnosticadas con sífilis durante el embarazo

¹ Para una descripción detallada de los indicadores, remitirse al anexo descriptivo.

² La serie histórica de este indicador no muestra significativas diferencias entre el grupo masculino y femenino, por esto se optó por no separarlo por género.

³ Ver las causas en el anexo descriptivo de los indicadores.

Indicadores de Resultado final	Línea de Base	Meta (año 5)	Fuente	Método de cálculo
Porcentaje de mujeres con cáncer de mama y cérvico-uterino detectados que inician tratamiento en menos de 60 días en Sergipe	0	30%	DATASUS / SISCAN/ SISCOLO	Todavía no hay como establecer la línea de base de este indicador ya que el sistema será implementado en el último trimestre de 2013
Porcentaje de mujeres con 7 controles prenatales mínimos realizados	45,75% Año 2011	52%	DATASUS	Nº de nacidos vivos de madres con 7 consultas pre-natales/nº de nacidos vivos X 100
Porcentaje de personas con diabetes e hipertensión registrados en las unidades básicas de salud que reciben acompañamiento	92,65% ⁴ Año 2011	93%	DATASUS	Nº de personas con diabetes e hipertensión con seguimiento por el equipo de salud/total de personas con diabetes e hipertensión catastrados en la Unidades Básicas de Salud X 100.
Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía anual realizada	10,20% Año 2012	18%	DATASUS	Nº de mamografías realizadas en mujeres de 50 y 69 años/población femenina entre 50 y 69 años X 100
Porcentaje de mujeres (25-69 años) con control de cáncer cérvico-uterino por examen cito-patológico realizado anualmente	14,61% Año 2011	20%	DATASUS/ SISCOLO IBGE	Nº de pruebas citopatológicas cérvico-vaginales realizados en la franja etaria de 25 a 69 años/población femenina de 25 a 69 años X 100

INDICADORES DE PRODUCTO

Componente 1	Medida	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Sistema de Información Integral con proyecto lógico concluido, testado y validado	#	0 (2013)	0	1	0	0	0	1	
Numero de Redes de Atención que cuentan con el sistema funcionando en sus servicios y con los equipos entrenados	#	0 (2013)	0	0	1	2	2	5	
Núcleo Estratégico de la SES SE estructurado y en funcionamiento		0 (2013)		1	0	0	0	1	

⁴ Se estima que hay inconsistencia en la información recaudada del Sistema de la Atención Básico (SIAB) del DATASUS para la línea de base. Como el indicador es clave para acompañar la mejora del manejo clínico de las ECNT, el programa apoyará una investigación de los datos y así, posiblemente la línea de base será modificada.

Componente 1	Medida	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Consultorías y estudios estratégicos para a SES SE	#	0 (2013)	3	3	2	0	0	8	Año 1 (i) Modelaje de las RAS; (ii) Elaboración de Estrategia de RRHHs (iii) Coste-Efectividad Servicios de Laboratorio. Año 2: (iv) Calidad y Eficiencia de los Gastos en Salud, (v) Modelaje de la Central de Regulación; (vi) Perfeccionamiento de los instrumentos de gestión; Año 3: (vii) Transporte Sanitario; y (viii) Encuesta domiciliaria personas discapacitadas.
Central de Regulación construida e implementada		0	0	0	1	0	0	1	
Centro de Formación y Capacitación Profesional del SUS/ SE construido y en funcionamiento		0	0	0	0	1	0	1	
Profesionales del SUS capacitados	#	0	230	670	70	240	0	1.210	
Componente 2		Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Centros de especialidades médicas reformados, ampliados y en funcionamiento	#	0	0	1	1	1	2	5	
Laboratorio Central (LACEN) construido y en funcionamiento	#	0	0	0	1	0	0	1	
Laboratorio Central acreditado en calidad	#	0	0	0	0	1	0	1	
Hospital Oncológico de Sergipe acreditado en calidad	#	0	0	0	0	0	1	1	
Línea de cuidado Materno-Infantil desarrollada y validada	#	0	1	0	0	0	0	1	El desarrollo de la línea de cuidado prevé la creación/ adopción de protocolos clínicos y los flujos de atención. Su validación ocurre en la Comisión Intergestora Bipartita.
Línea de cuidado Infantil 0-3 años desarrollada y validada	#	0	1	0	0	0	0	1	Ídem comentario anterior

Componente 2		Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Línea de cuidado oncología (que incluye: cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, próstata, cavidad oral) desarrollada y validada	#	0	0	0	1	0	0	1	Ídem comentario anterior
Línea de cuidado enfermedades crónicas (diabetes y cardiovasculares) desarrollada y validada	#	0	0	1	0	0	0	1	Ídem comentario anterior
Línea de cuidado personas con discapacidades desarrollada y validada		0	0	1	0	0	0	1	Ídem comentario anterior

RESUMEN NARRATIVO DE LOS INDICADORES INCLUIDOS EN LA MATRIZ DE RESULTADOS DEL PROGRAMA⁵

Indicadores de Impacto		
INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO	COMENTARIO
Muertes prematuras por Diabetes Mellitus (menores de 60 años)	Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 años) por DM registrados en los códigos de E10-E14 del CID- 10. Denominador: Población residente (de 30 a 69 años) x 100.000	Meta basada en el “ <i>Pacto pela Saúde</i> ”, <i>Diretriz 5</i> , Objetivo 5.1, Indicador Universal nº 30 – SISPACTO/COAP 2013-2015 Utilizado el Parámetro Nacional para Referencia: Reducción de 2% al año. Fuente: Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS/MS).
Muertes prematuras por accidentes cerebro vasculares	Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 años) por AVC registrados en los códigos I 64 – CID-10 Denominador: Población residente (de 30 a 69 años) x 100.000	Meta basada en el “ <i>Pacto pela Saúde</i> ”, <i>Diretriz 5</i> , Objetivo 5.1, Indicador Universal nº 30 – SISPACTO/COAP 2013-2015 Utilizado el Parámetro Nacional para Referencia: Reducción de 2% al año. Fuente: Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS/MS).
Tasa de internaciones por hospitalizaciones sensibles a la atención básica	Numerador: Número de internaciones CID 10 (lista ICSABs) Denominador: Población residente X100.000 <u>Lista ICSABs:</u> A00-A09; A15-A19 ; A33-A37 ; A46; A50; A51-A53; A95 ; B26 ; B05-B06 ; B16 ; B50-B54 ; B77 ; D50; E10-E14; E40-E46; E50-E64; E86; G00.0; G40-G41; G45-G46; H66; I00-I02; I10-I11; I20; I50; I63-I67; I69; J00-J06; J13-J14; J15.3-J15.4 ; J15.8-J15.9; J18.1; J20-J21; J31; J40-J47; J81; K25-K28; K92.0; K92.1-K92.2; L01-L04; L08; N10-N12; N30; N34; N39.0; N70-N76; O23; P35.0	

⁵ Para mayor detalle sobre descripción de indicadores y fórmula de cálculo, ver Anexo.

INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO	COMENTARIO
Mortalidad Materna por causas obstétricas directas	Numerador: Número de óbito materno por causa obstétrica directa - 00 a O08.9, O11 A O23.9, O24.4, O26.0 A O92.7 del CID 10 Denominador: 100.000 NV	
Indicadores de Impacto		
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino	Numerador: Número de óbitos por cáncer cérvico-uterino Denominador: población femenina de 12 a 69 años X 100.000 Código CID 10: C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9 del CID 10	A partir de las intervenciones y otras acciones en curso, se prevé una caída de 1,87% a cada año.
Indicadores de resultado final		
Porcentaje de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en su región de domicilio	Numerador: Número de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en su región de domicilio Denominador: Número de embarazadas clasificadas como de alto riesgo que acceden al prenatal en todo el Estado x 100	Prenatal: Conjunto de cuidados dirigidos a la embarazada para garantizar su salud y la del niño, y que prevé su acompañamiento clínico durante todo el embarazo y puerperio (40 días pos parto) siguiendo protocolos de acuerdo a su clasificación de riesgo.
Porcentaje de embarazadas diagnosticadas con sífilis que reciben tratamiento en el primer trimestre de embarazo	Numerador: Número de embarazadas diagnosticadas en el 1er trimestre del embarazo que recibe tratamiento Denominador: total de embarazadas diagnosticadas con sífilis durante el embarazo x 100	Metas de acuerdo con el “Plan Estadual de Combate a Sífilis Congénita”
Porcentaje de Mujeres con cáncer de mama y cérvico-uterino detectados que inician tratamiento en menos de 60 días en Sergipe	Numerador: Mujeres con diagnostico confirmado para cáncer de mama y de cuello de útero que inician tratamiento en, hasta 60 días Denominador: Mujeres con diagnostico confirmado para cáncer de mama y de cuello uterino	Este indicador busca seguir el cumplimiento de la Ley Federal 12.732/2012, que establece que el SUS debe iniciar, en el máximo 60 días, el tratamiento de cáncer, a partir de la confirmación de diagnóstico. El SISCAN, sistema que permitirá el acompañamiento de los pacientes con diagnóstico de cáncer se encuentra en fase de implementación, pero se muestra potencial fuente de información para el Programa, que prevé inversiones en servicios para la detección precoz del cáncer y en la implementación del Hospital Oncológico de Sergipe

INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO	COMENTARIO
Porcentaje de mujeres con 7 controles prenatales mínimos realizados	Numerador: N° de nacidos vivos de madres con 7 consultas pre-natales Denominador: n° de nacidos vivos X 100	Meta basada en el “ <i>Pacto pela Saúde</i> ”, <i>Diretriz 3</i> , Objetivo 3.2, Indicador Universal n° 21 – SISPACTO/COAP 2013-2015
Porcentaje de personas con diabetes e hipertensión registrados en las unidades básicas de salud que reciben acompañamiento	Numerador: N° de personas con diabetes e hipertensión con seguimiento por el equipo de salud de la Atención Primaria Denominador: Total de personas con diabetes e hipertensión catastrados en la Unidades Básicas de Salud X 100	
Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía anual realizada	Numerador: N° de mamografías bilaterales de seguimiento realizados en mujeres de 50 y 69 años Denominador: población femenina de 50 a 69 años x 100	Meta basada en el “ <i>Pacto pela Saúde</i> ”, <i>Diretriz 3</i> , Objetivo 3.1, Indicador Universal n° 19 – SISPACTO/COAP 2013-2015
Porcentaje de mujeres (25-69 años) con control de cáncer cérvico-uterino por examen citopatológico realizado	Numerador: N° de pruebas citopatológicas cérvico-vaginales realizados en la franja etaria de 25 a 69 años Denominador: población femenina de 25 a 69 años X 100	Meta basada en el “ <i>Pacto pela Saúde</i> ”, <i>Diretriz 3</i> , Objetivo 3.1, Indicador Universal n° 19 – SISPACTO/COAP 2013-2015

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Brasil
PROYECTO: BR-L1378
NOMBRE: Fortalecimiento de las Redes de Inclusión Social y de Atención a la Salud - PROREDES
PREPARADO POR: Marilia De Souza Santos (Especialista Fiduciaria - FMP/CBR); y Santiago Schneider (Especialista Fiduciario - FMP/CBR)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 La evaluación institucional para la gestión fiduciaria del proyecto se realizó en base a: (i) el contexto fiduciario del país; (ii) los resultados de la evaluación de riesgos fiduciarios; (iii) la capacidad institucional de la Secretaría de Estado da Saúde de Sergipe (SES-SE); y (iv) las reuniones con el equipo. Como resultado se han elaborado acuerdos para la Gestión de Adquisiciones y Financiera para la ejecución del proyecto.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL PAÍS

- 2.1 Brasil dispone de un marco normativo e institucional sólido y transparente, con sistemas fiduciarios nacionales robustos, que posibilitan una adecuada gestión de los procesos administrativos, financieros, control interno y de adquisiciones, cumpliendo con los principios de transparencia, economía y eficiencia. Estos sistemas requieren un perfeccionamiento y fortalecimiento continuos a fin de adaptarse aún más, a las nuevas necesidades fiduciarias. En ese sentido, la estrategia fiduciaria del Banco para Brasil, está orientada hacia la utilización progresiva y sostenible de los sistemas fiduciarios del País.
- 2.2 En el estado de Sergipe-SE- se implementó en el 2011 un sistema integrado de gestión pública (IGESP) el cual es administrado por la Secretaría de Fazenda (SEFAZ-SE). Este sistema es obligatorio para todas las secretarías, empresas públicas y fundaciones de Sergipe. El mismo cuenta con un módulo para la administración de convenios.
- 2.3 Para la planificación y organización de las acciones de los programas, las entidades utilizan y siguen los siguientes instrumentos nacionales de apoyo a la gestión: (i) Plano Plurianual (PPA), que establece las directrices, objetivos, y metas de la administración pública; (ii) La ley de Procedimientos Presupuestales (LDO), de periodicidad anual, que dispone sobre los direccionamientos presupuestales del gobierno; (iii) La Ley Presupuestaria Anual (LOA), que estima y fija los gastos de la administración pública para el ejercicio corriente; (iv) La Ley de Responsabilidad Fiscal, que establece los límites de gastos de la administración pública; y los (v) Sistemas de información (Planificación, Contabilidad, Gestión Financiera) que apoyan la gestión.
- 2.4 En cuanto a las adquisiciones y contrataciones se sigue la ley nacional de licitaciones - Ley 8.666/93. Para las compras de bienes y servicios comunes usan el sistema electrónico de compras del gobierno federal, el COMPRASNET, evaluado y aceptado por el Banco.

- 2.5 El Control de las Entidades es ejercido por los Tribunales de Cuentas del Estado (TCE) y el Tribunal de Cuentas de la União (TCU) para los recursos Federales, con auditorías de Control realizadas de forma anual. Estos Tribunales monitorean continuamente las transacciones financieras y procesos de las Entidades a través de un seguimiento diario de los sistemas integrados de gestión financiera. Adicionalmente, existen las auditorías de Control Interno realizadas por la Secretaría de Hacienda del Estado.

III. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 3.1 El Organismo Ejecutor es la Secretaría de Estado de Salud de Sergipe (SES-SE), quien es responsable por la formulación de la Política Estadual de Salud y de sus directrices, de acuerdo con los principios del Sistema Único de Salud (SUS). La SES-SE, contará con una Unidad de Gestión del Programa (UGP) a ser creada por medio de un instrumento jurídico pertinente y una Comisión Especial de Licitación para la ejecución de los recursos del programa, con excepción de los procesos que sean realizados por medio del método de Subasta inversa, los cuales serán realizados por el equipo de rematadores de la Secretaría de Planificación (SEPLAG).
- 3.2 La UGP estará compuesta por un Coordinador General; una Coordinación Técnica; una Coordinación de Planificación, Presupuesto y Administración; y Coordinación de Obras.
- 3.3 Considerando que la SES-SE no tiene experiencia con los procedimientos del Banco y la cantidad y el tamaño de las intervenciones, en especial de las obras previstas se prevé la contratación de una firma de apoyo al gerenciamiento del programa y supervisión de obras, con el objetivo de prestar apoyo técnico con personal adicional especializado.

IV. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 4.1 A través de un análisis institucional SECI se evaluó la capacidad de la SES-SE para la programación y organización, ejecución, y control del programa. Los resultados demuestran que la SES posee una capacidad institucional MEDIANA para la gestión del programa y un nivel de riesgo institucional MEDIO. Se identificó en materia fiduciaria, la falta de experiencia del personal técnico de la SES en la ejecución de proyectos con financiamiento externo y la falta de conocimiento de las normativas/políticas del Banco, lo que podría afectar la adecuada y eficiente ejecución del programa. Como mitigación se prevé: (i) la creación de una Unidad de Gestión del Programa (UGP) compuesta por funcionarios y consultores con dedicación exclusiva al programa, y que sea la interlocutora directa entre la SES y el Banco; (ii) la contratación de una firma de apoyo al gerenciamiento del programa y supervisión de obras; (iii) la creación e institución de una Comisión Especial de Licitación (CEL) para realización de los procesos de adquisiciones y contrataciones con recursos del financiamiento y que sean ejecutadas siguiendo las políticas del Banco; (iv) la adecuación del sistema financiero actual o en su defecto la incorporación de un Sistema de Gestión del programa homologado por el Banco,

que incluya un módulo de administración financiera y contable para asegurar que las funciones financieras cumplen con los requisitos de rendición de cuentas del Banco; (v) la elaboración de un Reglamento Operativo que describa el flujo detallado de los procesos fiduciarios y (vi) la realización de entrenamientos y capacitaciones por parte del Equipo Fiduciario del BID a todo el personal involucrado en la ejecución.

V. ASPECTOS PARA LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

- 5.1 La gestión del programa deberá atender las normas del banco en materia de informes, estados financieros y cualquier otra información requerida por el mismo.
- 5.2 **Condiciones Previas del Primer Desembolso:** (i) evidencia de la constitución de la Unidad de Gestión del Programa (UGP); (ii) la evidencia de la designación de los funcionarios de la UGP; (iii) la creación de la Comisión Especial de Licitaciones (CEL) del programa; (iv) la entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos previamente acordados con el Banco; y (v) el inicio del proceso licitatorio de contratación de la empresa de apoyo a la gestión del proyecto.
- 5.3 **Estados Financieros Auditados:** Deberá ser contratada una empresa de auditoría externa independiente, elegible para el Banco, para realizar auditoría anual de los estados financieros y gastos del programa, de acuerdo con los procedimientos del Banco. La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados será realizada de forma ex post por los auditores externos.
- 5.4 **Tipo de cambio a ser utilizado:** La opción será definida durante la negociación.

VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 1. **Ejecución de las Adquisiciones y Contrataciones**
 - 6.1 Los Acuerdos y los Requisitos Fiduciarios de Adquisiciones establecen las disposiciones que deberán ser aplicadas y observadas para la ejecución de todas las adquisiciones y contrataciones previstas en el programa:
 - a) **Adquisición de Obras, Bienes y Servicios (que no sean de consultoría).**
 - 6.2 La adquisición o contratación de Obras, bienes y servicios, que sean financiados, total o parcialmente, con recursos del financiamiento del BID, deberá ser realizada de acuerdo con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Contratación de Obras Financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo – GN 2349-9, de marzo de 2011.
 - 6.3 El Banco podrá reconocer las modalidades previstas en la Ley 10.520/2002 – Ley de Subasta Electrónica, en procesos cuyo costo estimado sea inferior a los límites establecidos para la realización de una LPI, por contrato, siempre y cuando sean respetados los requisitos establecidos en las disposiciones de las Políticas de Adquisiciones del Banco, especialmente lo que se refieren a: (i) origen de los bienes; (ii) nacionalidad de los proveedores; (iii) alteración de órdenes de compra;

(iv) prohibición de franja de precios; y (v) publicación en periódico de gran circulación nacional.

- 6.4 Para utilización de lo previsto en la Ley 10.520/2002, deberán observarse los siguientes límites: (i) Subasta Electrónica, utilizando el sistema COMPRASNET para adquisiciones de bienes y servicios de uso común cuyo costo estimado sea igual o menor de US\$5 millones; (ii) Acta del Registro de Precios, para adquisiciones de bienes comunes, cuyo costo estimado sea igual o menor de US\$5 millones y cuyo registro haya sido previamente aceptado por el Banco; y (iii) Subasta Presencial, para adquisiciones de bienes y servicios de uso común, cuyo costo estimado sea igual o menor de US\$100 mil. El Banco podrá, en cualquier momento durante el período de ejecución del programa, eliminar la utilización de una o más de las modalidades descritas en este párrafo.

b) Selección y Contratación de Servicios de Consultoría.

- 6.5 Los procesos de Selección y Contratación de Servicios de Consultoría en el ámbito del programa, que sean financiados, total o parcialmente, con recursos del financiamiento, deberán ser realizados de acuerdo con las Políticas para la Selección y Contratación de Consultorías financiadas por el BID – GN 2350-9, de marzo de 2011.
- 6.6 Los procesos de selección y contratación de empresas de consultoría serán realizados siguiendo los métodos previstos en las Secciones II (Selección Basada en la Calidad y en el Costo (SBCC)) y III (Otros Métodos de Selección) de la GN 2350-9, tomando como base, para la estructuración de los procesos, las directrices y estándares descritos en la Sección II – Selección Basada en la Calidad y en el Costo (SBCC).
- 6.7 Para la realización de las contrataciones el ejecutor deberá formar listas cortas de 06 (seis) empresas seleccionadas que hayan cumplido con los requisitos técnicos establecidos en el Aviso de Manifestación de Interés.
- 6.8 Independientemente del método de selección utilizado, cuando el costo estimado de la contratación sea igual o superior a US\$200 mil, por contratación/contrato, el Aviso de Manifestación de Interés deberá ser publicado en el UNDB online (publicidad internacional).
- 6.9 Las selecciones y contrataciones de Consultores Individuales que sean financiadas, total o parcialmente, con recursos del financiamiento deberán ser realizadas obedeciendo lo dispuesto en la Sección V – Selección y Contratación de Consultores Individuales de la GN-2350-9.

c) Financiamiento Retroactivo.

- 6.10 El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta la suma de US\$5 millones (5% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$8 millones (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo en proyectos ejecutivos, arquitectónicos y complementarios, así como en la adquisición de bienes y obras del programa, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos

a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 14 junio de 2013, fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados con más de 18 meses previos a la fecha de aprobación del préstamo.

d) Reconocimiento de Gastos. No aplica.

e) Preferencia Nacional. No serán aplicados márgenes de preferencia nacional.

2. Montos Límites para Brasil (en US\$)

6.11 El umbral que determina el uso de la licitación pública internacional, será puesto a disposición del Prestatario o, en su caso, y el del Organismo Ejecutor, en la página www.iadb.org/procurement. Por debajo de dicho umbral, el método de selección se determinará de acuerdo con la complejidad y características de la adquisición o contratación, lo cual deberá reflejarse en el Plan de Adquisiciones aprobado por el Banco. El umbral que determina la integración de la lista corta con consultores internacionales, también constará en la misma página. Por debajo de dicho umbral, la lista corta puede estar íntegramente compuesta por consultores nacionales del país.

3. Adquisiciones Principales

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado US\$
Consultoría			
Contratación de consultoría para el sistema de información integrado de la SES/SE	SBCC	Ene-2015	2.500.000
Contratación de Apoyo al gerenciamiento del programa	SBCC	Jan-2014	4.585.153
Bienes y Servicios			
Adquisición de equipos médico-hospitalarios para el HOSE	Subasta	Abr-2016	13.203.154 (Diversos)
Adquisición de equipos de informática para el Centro de <i>Espec. em Aracaju (Cj. Augusto Franco)</i>	Subasta	Out-2017	2.180.546
Obras			
Ejecución de Obras del Centro de Educación Permanente do SUS	LPN	Abr-2014	11.301.943
Ejecución de Obras del LACEN	LPN	Dez-2014	5.478.878

4. Supervisión de las Adquisiciones

6.12 De común acuerdo con el equipo se definió que serán revisados en forma ex-ante los procesos indicados en el Plan de Adquisiciones que sean financiados total o parcialmente por el Banco y todos los procesos cuyo costo estimado supere los límites para LPI y los de Contratación Directa.

5. Disposiciones Especiales

- Plan de Adquisiciones: El OE deberá presentar, para revisión y aprobación del Banco, anualmente, o de acuerdo con la necesidad, las actualizaciones realizadas en el Plano de Adquisiciones para dieciocho meses (PA18).
- Para adquisición de bienes y servicios (diferentes de consultoría) realizados en base a la Ley 10.520/2002 – Ley de la Subasta Electrónica, los procesos deberán ser realizados en el sistema COMPRASNET.

6. Registros y Archivos

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

- a) Los registros/procesos deberán contener documentación original, archivada por orden cronológico;
- b) Los registros/archivos deben ser mantenidos en ambiente adecuado y destinado a dicho fin, con acceso restringido y seguridad preservada por medidas preventivas, tales como prohibición de fumar en el local, acceso de personas autorizadas, etc.
- c) Deberá existir un registro de toda la documentación archivada.

VII. ACUERDOS Y REQUISITOS DE GESTIÓN FINANCIERA

1. Programación y Presupuesto

- 7.1 La SES-SE utiliza los instrumentos de planificación tales como el PPA (Plano Plurianual), la LOA (Ley de Presupuesto Anual). El presupuesto destinado a las actividades del programa forma parte de la LOA.
- 7.2 Para la ejecución del programa, los recursos presupuestales deben estar registrados en el año de ejecución dentro del Sistema Integrado de Gestión Financiera del Estado de Sergipe (IGESP) como una fuente externa, y toda la operatividad y gestión de los recursos se realiza a través de este sistema.
- 7.3 El equipo de la SES-SE deberá garantizar que los recursos presupuestales para el programa, tanto aporte BID como Local, están debidamente presupuestados, y asegurados para la ejecución anual, de acuerdo con la programación del programa. Los recursos del proyecto serán empleados en la ejecución del presupuesto de la entidad.

2. Contabilidad y Sistema de Información

- 7.4 La SES-SE opera el sistema IGESP, Sistema integrado de gestión financiera del Estado de Sergipe, con lo cual toda la contabilidad de la SES-SE, incluyendo la del proyecto, estará registrada en este sistema. El sistema IGESP permite la extracción de la información contable a diferentes ambientes, y contiene un módulo exclusivo de convenios. Sin embargo, actualmente no permite la identificación de las transacciones a cargo del programa con las características requeridas por el Banco (por fuente de financiamiento, en moneda dólares y por categorías de inversión).
- 7.5 Por lo anterior, será verificado por parte del banco, e incluido en el manual operativo, que la SES-SE desarrolle un sistema de reporte que permita la extracción de la información financiera mínima requerida del proyecto, de acuerdo a los requerimientos del Banco. En caso contrario, la SES-SE deberá adquirir un sistema financiero que permita presentar esta información de manera confiable y oportuna.

3. Desembolsos y Flujo de Recursos

- 7.6 El programa utilizará el sistema de tesorería del Estado. Los gastos estarán sujetos al proceso de ejecución presupuestaria y financiera, y estarán registrados en el IGESP.

- 7.7 El programa operará con recursos adelantados por el Banco, que deberán atender las reales necesidades de liquidez del proyecto, con una previsión de gastos a 180 días. Para ello, es necesaria la presentación de pedidos de desembolso que tendrán que estar debidamente acompañados por una Planificación Financiera real (Flujo de Caja) que refleje la necesidad de recursos para un período de 180 días.
- 7.8 La SES-SE presentará al Banco un Plan Financiero inicial del proyecto, que deberá reflejar el cronograma anual de desembolsos para el período de ejecución del mismo. De ese plan inicial se extraerá uno detallado, reflejando el primer ejercicio de ejecución, en base al cual se planificará el primer adelanto. Para futuros adelantos, será necesaria la rendición de cuentas de por lo menos el 80% de los recursos anteriormente anticipados.
- 7.9 La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados se realizará de manera ex-post por ocasión de las auditorías anuales o siempre que el BID así lo requiera. La revisión ex post deberá ser debidamente documentada en un informe estructurado según los requisitos de auditoría BID.
- 7.10 Los gastos considerados no elegibles deberán reintegrarse con recursos del aporte local o con otros recursos, a criterio del Banco, según la naturaleza de la no elegibilidad.

4. Control Interno y Auditoría Interna

- 7.11 El ambiente y los procedimientos de control interno, la comunicación, información y monitoreo de las actividades de la UE siguen las normas Estaduales y Federales del País.
- 7.12 El control interno de la SES-SE es realizado por la Secretaría de Fazenda de Sergipe a través de los siguientes dos mecanismos: 1. A través de una unidad permanente de auditoría que está ubicada en la SES-SE, “núcleo de control interno” que realiza revisión previa de las transacciones y procesos financieros generados en la SES-SE; y 2. A través de un seguimiento y monitoreo del sistema IGESP (todas las transacciones financieras están registradas en este sistema), con el cual los auditores a través de acceso directo, y en línea, realizan control de las actividades financieras de las Secretarías del Estado.

5. Control Externo e Informes

- 7.13 El Control de la Secretarías de estado es ejercido por los Tribunales de Cuentas del Estado de Sergipe (TCE/SE) y el Tribunal de Cuentas de la União (TCU). Con auditorías de Control realizadas de forma anual, siguiendo los Planes Anuales de Auditoría Externa. Estos Tribunales monitorean continuamente las transacciones financieras y procesos de las Entidades a través de un seguimiento del sistema IGESP.
- 7.14 Actualmente el TCE/SE no es una Entidad elegible ante el Banco para auditar los Estados Financieros de los Proyectos financiados con recursos del BID, por lo cual, la SES-SE deberá contratar una firma auditora externa elegible para el banco y presentar de manera anual, dentro de los 120 días de finalización del ejercicio

económico, los Estados Financieros Auditados del Proyecto de acuerdo a lo establecido en el documento “OP-273-2 Pol. Gestión Financiera para proyectos financiados por el BID”. Los contenidos de los informes y los dictámenes a ser emitidos, deberán seguir los términos de referencia preparados por el Organismo Ejecutor y aceptados por el Banco, siguiendo las normas de auditoría internacionales vigentes y demás normas, y procedimientos observados por el Banco. Los servicios de auditoría serán financiados con cargo al financiamiento.

6. Plan de supervisión

- 7.15 El Plan de Supervisión está orientado para una operación de riesgo bajo. Este Plan podrá ser modificado durante la ejecución del proyecto, conforme a las circunstancias de riesgo observadas o por necesidades de control adicionales determinadas por el Banco.

Actividad de Supervisión	Plan de Supervisión			
	Naturaleza-Alcance	Frecuencia	Responsable	
			Banco	Ejecutor
AQUSICIONES	Revisión Procesos de Adquisición y Contratación de Obras y Consultorías.	Los indicados en el PA	Esp. Sectorial y Adquisiciones	OE
	Revisión procesos arriba límites para LPI y Contratación Directa Visita de supervisión	Todo el período de ejecución Anual	Esp. Sectorial y Adquisiciones Esp. Sectorial y Equipo Fiduciaria	OE
FINANCIERA	Revisión ex-post de desembolsos y adquisiciones.	Anual	Equipo Fiduciario	OE– Auditores Externos
	Auditoría anual.	Anual	Equipo Fiduciario	Auditores Externos
	Revisión solicitudes de desembolsos. Visita de supervisión.	Periódica Anual	Equipo Fiduciario Esp. Sectorial y Equipo Fiduciario	Auditores Externos
ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO CLÁUSULAS CONTRACTUALES	Previsión presupuestal Presentación Estados financieros auditados	Anual	Esp. Sectorial y Equipo Fiduciario	OE
	Condiciones previas primer desembolso.	Anual 180 días de la firma	Esp. Sectorial y Equipo Fiduciario Esp. Sectorial y Equipo Fiduciario	OE y Auditores Independientes OE