

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BRASIL

**PROGRAMA DE EXPANSIÓN Y MEJORA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN
SALUD EN EL ESTADO DE CEARÁ II
PROEXMAES II**

(BR-L1408)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Marcia Rocha (SPH/CBR), Jefe de Equipo; Ian Mac Arthur (SPH/CBR); Pablo Ibararán (SCL/SPH); Marcella Distrutti (SCL/SPH); Ignacio Astorga (SCL/SPH); Nadin Medellín (SCL/SPH); José Luis de la Bastida (ESG/VPS); Krysia Ávila (LEG/SGO); Leíse Estevanato (FMP/CBR); Marília Santos (FMP/CBR); 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

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	11
C. Indicadores Claves de Resultados.....	12
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	13
A. Instrumentos de Financiamiento	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales	13
C. Riesgos Fiduciarios	13
D. Otros Riesgos del Proyecto	14
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	14
A. Resumen de Arreglos de Implementación	14
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	17
C. Actividades de Diseño luego de la Aprobación	17

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

ENLACES ELECTRÓNICOS
REQUERIDOS
1. <u>Plan de Ejecución Plurianual (PEP)</u>
2. <u>Plan Operativo Anual (POA)</u>
3. <u>Plan de Monitoreo y Evaluación</u>
4. <u>Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</u>
5. <u>Plan de Adquisiciones</u>
OPCIONALES
1. <u>Análisis Económico del Proyecto</u>
2. <u>Publicación SUS de A a Z</u>
3. <u>Diagnóstico de la Red Cigüeña en Ceará -2012-2014</u>
4. <u>Informe de IPECE No. 41</u>
5. <u>Nota Técnica de la PPP-Hospital Metropolitano</u>
6. <u>Hospital Regional Metropolitano de Fortaleza-HRME</u>
7. <u>Referencias Bibliográficas</u>
8. <u>Perfil de los Hospitales Regionales de la Zona Cirirí y Norte (Sobral)</u>
9. <u>Perfil y Desempeño de las Policlinicas</u>
10. <u>Perfil Hospital Litoral-Jaguaribe</u>
11. <u>Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3)</u>
12. <u>Resumen Narrativo de los Indicadores</u>
13. <u>Filtros Ambientales</u>

SIGLAS Y ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEL IV	Comisión Especial de Licitaciones
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRES	Coordinaciones Regionales de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
HM	Hospital Metropolitano
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística -
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IPECE	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Estratégica do Ceará</i>
MF	Municipio de Fortaleza
MS	Ministerio de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSS	Organización Social de Salud
PA	Plan de Adquisiciones
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
PEP	Plan de Ejecución Plurianual
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PPP	<i>Parceria Público Privada</i>
PSF	Programa de Salud Familiar
RAS	Redes de Atención en Salud
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SESA	Secretaría de Estado de Salud de Ceará
SUS	Sistema Único de Salud
UGP	Unidad de Gestión del Proyecto
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

RESUMEN DEL PROYECTO
BRASIL
PROGRAMA DE EXPANSIÓN Y MEJORA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD EN EL ESTADO DE
CEARÁ II – PROEXMAES II
(BR-L1408)

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: Estado de Ceará			Facilidad de Financiamiento Flexible ^(a)		
Garante: República Federativa del Brasil			Plazo de amortización:	25 años	
Organismo Ejecutor: Estado de Ceará, a través de la Secretaría de Estado de Salud de Ceará (SESA)			VPP original:	15,25 años ^(b)	
			Período de desembolso:	5 años	
Fuente	Monto (US\$)	%	Período de gracia:	5,5 años	
BID (CO):	123.000.000	68,90	Comisión de inspección y vigilancia:	^(c)	
Local:	55.500.000	31,10	Tasa de interés:	Basada en LIBOR	
Total:	178.500.000	100,00	Comisión de crédito:	^(c)	
			Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos con cargo al Capital Ordinario	
Esquema del Proyecto					
Objetivo del proyecto/descripción: el objetivo del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población de Ceará por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios, y por la mejora del desempeño del Sistema Único de Salud (SUS), consolidando el enfoque de las Redes de Atención en Salud (RAS) en el Estado.					
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) publicación en el Diario Oficial del Estado de Ceará, del decreto de creación de la Unidad de Gestión del Proyecto (UGP) y de la designación de sus coordinadores y gerentes; (ii) comprobación de la entrada en vigor del Reglamento Operativo del Programa (ROP) en los términos acordados con el Banco; y (iii) aprobación, por el Banco, de los Términos de Referencia relativos a la contratación de la firma de apoyo de gerenciamiento del proyecto y supervisión de obras (¶3.4). Condiciones contractuales especiales de ejecución: (i) la comprobación de la implementación y funcionamiento de un sistema informatizado integrado de gestión financiera para el proyecto, en un plazo de hasta 8 (ocho) meses de la fecha de la firma del contrato de préstamo; (ii) previamente al inicio de las obras de los hospitales comprendidos por el programa, presentación del modelo de gestión de los mismos, así como del borrador estándar del respectivo contrato a ser firmado, para la no objeción del Banco; (iii) previo al inicio de las operaciones de los hospitales, presentación del respectivo contrato de gestión firmado; (iv) la comprobación de la contratación de la firma de apoyo de gerenciamiento del proyecto y la supervisión de obras, en un plazo de hasta seis meses de la fecha de firma del contrato; y (v) previo al inicio de las licitaciones para las obras de la policlínica del proyecto, comprobación de firma del instrumento jurídico de gestión pertinente entre el Prestatario y el Municipio de Fortaleza (MF), en los términos aprobados por el Banco (¶3.5). Condiciones especiales ambientales y sociales de ejecución: (a) presentación al Banco, previo al inicio de cada primera obra de cada tipo de unidad de salud, y en conformidad con los términos acordados con el Banco, de: (i) los proyectos ejecutivos; (ii) el PGAS; (iii) las licencias legales requeridas; y (iv) la comprobación de la realización de consultas públicas en conformidad con las políticas del Banco; (b) durante el plazo de desembolsos del proyecto, cumplimiento de los programas, requisitos y directrices establecidos en el ROP y en el PGAS; (c) presentación de la Sistemática de Gestión Ambiental y Social (SGAS), para implementación del PGAS, en un plazo de hasta 90 días de la fecha de firma del contrato de préstamo (¶3.6).					
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna					
Alineación Estratégica					
Desafíos ^(d) :		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>
				EI	<input type="checkbox"/>
Temas Transversales ^(e) :		GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>
				IC	<input type="checkbox"/>

- (a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa 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.
- (b) Este plazo podrá ser menor, dependiendo de la fecha de firma del contrato del Préstamo.
- (c) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.
- (d) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).
- (e) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

- 1.1 **Contexto socioeconómico.** El Estado de Ceará tiene 8.842.791 habitantes, 75% en áreas urbanas y 30% en su capital, Fortaleza. Desde 2002, la tasa de crecimiento económico de Ceará ha superado la de Brasil, alcanzando 4,36% en 2014 cuando el PIB (Producto Interno Bruto) de Brasil creció 0,1%. El buen desempeño de la economía ha sido acompañado de avances en los indicadores sociales. Así, la pobreza se redujo de 48% en 2002 a 21,3% en 2012, y la esperanza de vida al nacer aumentó, de 67,8 años a 72,3 años entre 2000 y 2013. Con estos resultados, Ceará es el segundo Estado de la región nordeste del país con mayor Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹ y con la mejor calidad de vida del norte-nordeste². Pese a estos avances³, Ceará presenta todavía muchas desigualdades sociales e inequidades regionales. Cerca de 8,5% de su población total y 18% de la población rural viven en pobreza extrema (3,9% para el Brasil)⁴. El 61% de los hogares carecen de acceso adecuado al saneamiento básico (promedio nacional de 38%). El 16,3% de la población es analfabeta (8,7% en todo Brasil)⁵. Además, casi un tercio de los municipios presentan bajo IDH⁶ y hay gran heterogeneidad en cuanto al PIB *per cápita* municipal y en la concentración de la riqueza⁷.
- 1.2 **Perfil epidemiológico y desafíos de salud pública.** Siguiendo la tendencia nacional y regional, Ceará vive una transición demográfica y epidemiológica. Entre 2000 y 2012, las muertes por enfermedades circulatorias —primera causa de muerte— pasaron de 23,3% a 26,5%. En el mismo periodo, la importancia relativa de cáncer aumentó y las muertes por neoplasias pasaron de 11,6% a 15% de la mortalidad total. El alza de la mortalidad prematura (menores de 60 años) por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), destaca la importancia de atender a sus factores de riesgo. Hay amplia evidencia de que la obesidad, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la inactividad física llevan a cambios fisiológicos y metabólicos que contribuyen significativamente a la incidencia y carga de las ECNT. El Ministerio de Salud (MS) ha adoptado medidas costo-efectivas para prevenir y controlar las ECNT y sus factores de riesgo en el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las ECNT en Brasil 2011–2022, que incluyen esfuerzos regulatorios y el apoyo a la implementación de programas de promoción de la salud. No obstante esto, en Fortaleza, entre 2006 y 2013, la obesidad se incrementó en 60%, siendo que entre las mujeres este aumento fue de 67% y entre los hombres 12%⁸. La prevalencia del consumo excesivo de alcohol y del tabaquismo también sigue elevada, en especial entre los hombres (27% versus

¹ Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010.

² Federación de las Industrias de Rio de Janeiro (FIRJAN), 2010.

³ El IDH de Ceará se encuentra por debajo del IDH nacional (0,699), ocupando el 17º lugar entre los 27 Estados.

⁴ Fuente, Instituto de *Pesquisa Estratégica Econômica* do Ceará (IPECE).

⁵ Personas mayores de 15 años. Fuente: IPECE, con datos de la *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios* (PNAD) e IBGE, 2012.

⁶ PNUD, 2010. Estos municipios están dispersos en todo el territorio del Estado, pero se observan concentraciones en las regiones Sertão Central, Fortaleza y Norte.

⁷ La diferencia entre el peor y el mejor PIB per cápita municipal, llega a más de 1.000% (R\$3.169 y R\$39.997). Asimismo, 30% de los municipios de Ceará presentan Índice de Gini entre 0,56 y 0,65, superior al promedio de Ceará de 0,53 y de Brasil 0,52 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada–IPEA 2010).

⁸ Un estudio realizado con adultos jóvenes en Ceará también detectó una asociación entre el sobrepeso y la obesidad y la población no-blanca (Santiago et al. 2015).

7% en mujeres y 19,5% versus 10%, respectivamente)⁹. Esto indica la necesidad del abordaje de género en los servicios de promoción de la salud y prevención de las ECNT.

- 1.3 La evidencia internacional muestra que para enfrentar los factores de riesgo que causan las ECNT y para tratar a los pacientes que ya presentan alguna condición crónica, la mejor alternativa es la atención de redes integradas sólidas (con primer nivel consolidado y resolutorio y niveles más complejos de atención que garanticen cuidado continuo y oportuno)¹⁰. También es importante considerar que las diferencias biológicas y la determinación cultural de los roles de género, condicionan el diferente acceso y uso de los servicios de salud por parte de hombres y mujeres¹¹, así como su adhesión a los planes de cuidado de la salud. Determinar tratamientos efectivos requiere que los sistemas de salud tengan la capacidad de analizar los determinantes de género y los diferentes factores de riesgo asociados¹².
- 1.4 En temas de salud materna e infantil, Ceará logró una significativa reducción (80%) de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), que pasó de 66,8 a 13,8 por 1.000 nacidos vivos (NV) entre 1991 y 2013. No obstante, la mortalidad neonatal (hasta los 28 días) no se redujo en la misma proporción que la mortalidad pos neonatal¹³. La mortalidad neonatal es relacionada con causas prevenibles, como el bajo peso, septicemias, deficiencias en los cuidados brindados durante la etapa prenatal, el parto, el puerperio y la atención al neonato, así como la transmisión en la cadena séptica.
- 1.5 Así, persisten retos importantes en salud materna en Ceará. Si bien aumentó el porcentaje de madres con siete o más consultas prenatales entre 2008 y 2014 (de 50,1% a 63,4%), subsisten las altas tasas de mortalidad materna. En 2013 la Razón de la Mortalidad Materna (RMM) en Ceará fue de 81,6 por 100.000 NV (superior a la tasa de 69 para todo Brasil). Un 70% de estas muertes fueron debido a las causas obstétricas directas¹⁴, consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio ocasionadas por errores en las intervenciones, tratamientos incorrectos, omisiones, u otros factores asociados. Las brechas de calidad en la atención son evidentes desde la etapa prenatal, cuando se esperaría detección y clasificación temprana de riesgo para impedir complicaciones y brindar tratamientos oportunos. Una muestra de estos déficits es la alta incidencia de sífilis congénita, que en 2011 fue de 7,1 por 1.000 NV, más del doble de la tasa nacional de 3,3.

⁹ Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Vigitel, MS, y Encuesta Nacional de Salud 2013 (IBGE).

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012), Mejora de Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid,EEO #11.

¹¹ Según Encuesta Nacional de Salud-Ceará-2013, la población que nunca había medido las siguientes condiciones: glicemia: 28% de los hombres versus 14% de las mujeres; y colesterol 34% de los hombres versus 20,7% de las mujeres. Esto sugiere una menor utilización de los servicios de salud por parte de los hombres.

¹² WHO, 2009; Schramm, J. et al., Stevens, A. et al., 2012; Barker, G., Ricardo, C. y M. Nascimento, 2007; WHO, 2007; Pathania, V.S., 2011; DeVon, HA, et al., 2008.

¹³ Entre 2001 y 2013 la tasa de mortalidad pos-neonatal (después de 28 días de vida) se redujo más de 50%, pero la tasa de mortalidad neonatal (hasta 28 días de vida) solamente bajó 24%.

¹⁴ En 2010, la hipertensión y el shock hemorrágico correspondieron a 19,7% y 10,9% del total de muertes maternas, seguidas por la infección puerperal (6,5%) y el aborto (4,6%).

- 1.6 **La estructuración del Sistema Único de Salud (SUS¹⁵) en Ceará y el impulso a las Redes de Atención en Salud (RAS)¹⁶.** Ceará se destaca por ser el precursor del Programa Salud Familiar (PSF) en Brasil¹⁷ y por contar con altos niveles de cobertura de Atención Primaria de Salud (APS)¹⁸. El modelo de las RAS en Brasil define a la atención básica como puerta de entrada al sistema y como ordenadora del cuidado, lo que ha mostrado resultados positivos con el PSF¹⁹. Con el primer nivel estructurado, Ceará pudo avanzar, desde finales de los 90, en la organización de la salud en las RAS jerarquizadas en macro y micro regiones, para racionalizar el acceso a la atención de media y alta complejidad, creando puntos de referencia y contra referencia regionales²⁰.
- 1.7 Desde 2008 el Gobierno de Ceará ha invertido en la ampliación de la oferta y de la calidad de los servicios de las RAS, para reducir las brechas de acceso a los servicios de mayor complejidad, equilibrar recursos entre las regiones y garantizar la integralidad de la atención. En este contexto, fue clave el apoyo del Banco mediante el Programa de Expansión y Mejora de los Servicios de Salud Especializada en Ceará—PROEXMAES (2137-OC/BR)²¹ que cofinanció la construcción y equipamiento de 20 policlínicas²², 16 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) y dos hospitales regionales²³, además de acciones de capacitación gerencial y clínica, y apoyo a la gestión para avanzar en la implementación del modelo de redes. Asimismo, el Estado ha expandido el acceso a los servicios y la eficiencia en el manejo de la capacidad instalada a través del fortalecimiento del sistema de regulación²⁴.
- 1.8 El PROEXMAES generó resultados²⁵ importantes para Ceará: (i) ampliación de la oferta de la atención especializada: entre 2011-2014 las policlínicas ofertaron 2,3 millones de exámenes y consultas especializadas, lo que representó un incremento del 60% con respecto a 2008, y los hospitales brindaron casi 1,5 millón de atenciones; (ii) expansión del acceso: reducción de 90 a 30 días de espera para una consulta especializada, aumento de 5% en la proporción de mujeres mayores de 40 años que reciben una mamografía anual y reducción de 75% del tiempo de desplazamiento para acceder a servicios especializados (policlínicas, CEOs y hospitales); y (iii) aumento de la resolutivez de las redes regionales: reducción de 100% de las transferencias neonatales y 96% de las transferencias obstétricas de la Macro Región Sobral para

¹⁵ El SUS creado en 1988 tiene como principio fundamental el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integradas en una red regionalizada y jerarquizada de prestación de servicios, bajo la responsabilidad y cofinanciación de las esferas federal, estatal y municipal, y con la participación complementaria del sector privado.

¹⁶ Las RAS son arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes complejidades, integradas por medio de sistemas de apoyo técnico y logístico que buscan generar mayor eficiencia en los gastos y garantizar la integralidad de la atención (MS, 2010).

¹⁷ Ceará tuvo un rol clave en el modelaje de la Estrategia Nacional de Salud Familiar (Tendler et al., 1998).

¹⁸ En Ceará la cobertura del PSF es de 80% (DATASUS, 2014).

¹⁹ El PSF es un modelo centrado en la APS que prioriza facilitar el acceso al sistema, y es un punto de partida para consolidar las redes. Para resultados del PSF, ver Macinko et al., 2006.

²⁰ Ceará fue considerado el primer Estado en desarrollar la experiencia de regionalización con base en el concepto de RAS (Mendes, EV., 2007).

²¹ El programa obtuvo elegibilidad en diciembre de 2010 y finalizará en diciembre de 2016, y ya alcanza 95% de su ejecución.

²² Ver [EEO #9](#).

²³ Ver [EEO #8](#).

²⁴ La Central de Regulación, compuesta de un equipo médico, ordena la asignación de servicios de mayor complejidad, de acuerdo a los riesgos y protocolos. Ver [EEO #2](#), página 199.

²⁵ Fuente: IPECE. Ver [EEO#4](#).

Fortaleza. También se registran resultados sanitarios positivos, como la reducción entre 2013-2014 del 21% de la tasa de mortalidad neonatal en Sobral (versus 14% en el Estado), en parte resultado del funcionamiento de las unidades de cuidado y tratamiento intensivo neonatal a partir de 2013 en el Hospital Regional Zona Norte, en Sobral.

- 1.9 **Estrategias de gestión de las nuevas unidades, modelos innovadores y la articulación con el sector privado.** El desafío de financiamiento y gestión de los nuevos servicios fue atendido con estrategias innovadoras en el contexto del SUS. Para la gestión de los hospitales regionales, el Estado se ha asociado con el sector privado por medio del modelo de Organización Social de Salud (OSS)²⁶, usando contratos de gestión por resultados. También para la gestión de las policlínicas y CEOs, Ceará impulsó, con el apoyo de la operación 2137/OC-BR, un modelo innovador de consorcios interfederativos²⁷, en los cuales el Estado participa en la gobernanza con los municipios y cofinancia la operación de los servicios.
- 1.10 Pese a los buenos resultados, hay espacios de mejora en la eficiencia de la red y, por lo tanto del gasto en salud, y de la calidad en la prestación de los servicios. La alta tasa de hospitalizaciones evitables, así como las tasas de subutilización en las policlínicas, por ausentismo de los usuarios²⁸, generan sobrecostos y bajos resultados sanitarios. Además, por la ausencia de protocolos clínicos claros y de una regulación óptima, se estima que parte de las prestaciones de media y alta complejidad puedan ser innecesarias. Algunos estudios en el ámbito del SUS, revelan que cerca del 60% de los servicios diagnósticos no deberían haber sido solicitados, por no traer ningún beneficio al paciente²⁹.
- 1.11 **Agenda pendiente para consolidación de las RAS en Ceará; acceso, calidad y eficiencia.** En los últimos años, Ceará avanzó significativamente en la implementación del modelo de RAS, destacándose nacionalmente por los logros obtenidos³⁰. Para consolidar una nueva etapa de las RAS, se identifican tres desafíos principales: (i) cerrar brechas de acceso en determinadas regiones y servicios específicos; (ii) incrementar la calidad de los servicios, promoviendo la integración entre los niveles de atención; y (iii) mejorar la eficiencia y aumentar la calidad del gasto en salud.
- 1.12 Aunque Ceará ha expandido la red de media y alta complejidad, existen todavía algunos déficits de oferta importantes. La ampliación de servicios especializados priorizó el interior del Estado, mientras que la macro región de Fortaleza (52% de la población de Ceará) aun presenta brechas relevantes. Según los parámetros del MS, el Municipio de Fortaleza (MF), mayor proveedor de su región, presenta un déficit de cerca de 50% en cuanto a la necesidad de consultas médicas especializadas³¹. Para contribuir a la reducción de algunas brechas, el Banco está apoyando al MF por medio del Programa de Fortalecimiento de la Inclusión Social y de Redes de Atención—Proredes Fortaleza

²⁶ El modelo OSS fue reglamentado en Ceará por la Ley 1271/97. Las OSS son instituciones del sector privado sin ánimo de lucro, que actúan de manera complementaria al Estado, el cual ofrece la infraestructura y las OSS se responsabilizan por la gestión de los servicios.

²⁷ Creados por la Ley Estadual 14.457 de 2009, amparado en la Ley Federal 11.107 de 2005.

²⁸ Según datos de la SESA (2014), las policlínicas del Estado tienen una tasa promedio de utilización de 63%.

²⁹ Banco Mundial, 2013.

³⁰ El nuevo Programa “*Mais Especialidades*” del MS tomó como referencia las policlínicas de Ceará (*Conselho Nacional de Secretários de Saúde*—CONASS, 2014).

³¹ En Fortaleza hay filas de espera de 24 meses para consultas de neurología y 35 meses para un test ergométrico.

(BR-L1414), para la construcción de cinco policlínicas. Sin embargo, para atender a todas las demandas de su macro región, estas inversiones no serán suficientes para que el MF cumpla con su rol de municipio de referencia metropolitana. La macro región de Fortaleza también presenta un déficit de 2.776 camas hospitalarias, lo que genera la saturación y sobreocupación de los servicios actuales, largas filas de espera para cirugías e internación, sobre todo para las condiciones derivadas de las causas externas y complicaciones de las ECNT³².

- 1.13 Los problemas de acceso a la red hospitalaria son similares en la recién creada región de Litoral-Jaguaribe³³, donde se verifica un déficit de 371 camas. En las regiones de Fortaleza y Litoral-Jaguaribe, es creciente la presión sobre los servicios de urgencia, dado el aumento significativo de mortalidad por causas externas y por enfermedades del aparato circulatorio³⁴. La población desatendida en la macro región de Litoral-Jaguaribe, necesita desplazarse a otras regiones como por ejemplo Fortaleza³⁵, lo que puede llevar cerca de cinco horas de viaje terrestre. De acuerdo a los principios de organización y autonomía de las macro regiones, se debe garantizar a su población de referencia, el acceso a una red regional de servicios de media y alta complejidad. Para superar los déficits críticos y asegurar la integralidad del cuidado, es necesario ampliar la oferta del tercer nivel.
- 1.14 Además de estas brechas de oferta hospitalaria, Ceará presenta retos en la estructuración de la red materno-infantil identificados en el ¶1.5, relacionados principalmente a la insuficiencia y/o inadecuación de los servicios de atención al parto. Esto es evidente por el alto porcentaje de muertes maternas por hemorragias, complicaciones de la hipertensión e infecciones puerperales (60%), así como por las muertes neonatales causadas por problemas respiratorios, asfixias e infecciones (50%). El diagnóstico reciente de la Red Cigüeña identificó déficits de estos servicios en varias regiones del Estado, especialmente aquellos que brindan atención al parto de alto riesgo³⁶.
- 1.15 En cuanto a la calidad de los servicios, en los últimos años Ceará ha invertido en los procesos de certificación de las unidades de alta y media complejidad, especialmente en el ámbito de la operación 2137/OC-BR³⁷. Sin embargo, algunos resultados sanitarios denotan deficiencias de calidad en la asistencia. Por ejemplo, la tasa de hospitalización

³² En la Macro Región de Fortaleza, según datos de la SESA, desde enero de 2009 hay una fila de espera para cirugía ortopédica de 4.516 pacientes y un 30% de los pacientes que ingresan en la Unidad de Pronto Atención (UPA) con protocolo para internación, no logran ser referenciados para un hospital.

³³ Ceará contaba, hasta 2010, con tres macro regiones: Fortaleza, Sobral y Cariri. En 2010 fue creada la macro región de *Sertão Central* y en 2014 se adicionó la macro región de Litoral-Jaguaribe.

³⁴ Jaguaribe y Fortaleza presentan las más altas tasas de mortalidad por causas externas (117,9 y 122 por 100.000 habitantes, respectivamente) y por enfermedades del aparato circulatorio aumentaron 60% y 80% respectivamente, entre 2009 y 2014.

³⁵ Según datos de la SESA en 2013, 18,8% de las internaciones hospitalarias fueron de residentes de la macro región de Litoral-Jaguaribe.

³⁶ La Red Cigüeña es una estrategia del Gobierno Federal para garantizar la atención materno-infantil. Su Plan de Acción 2012-2014 en Ceará, preveía la ampliación de 263 camas hospitalarias para el alto riesgo obstétrico, 70 camas de unidad intensiva adulta, 176 camas de unidad intensiva neonatal, 321 camas de cuidado intensivo neonatal y 135 camas Canguro, además de la construcción de 27 Centros de Parto Normal y 22 Casas de Mujeres Embarazadas.

³⁷ El Hospital del Cariri está acreditado, nivel II, desde 2014 y el Hospital de Sobral obtendrá su acreditación en 2015. Hasta 2016, 9 unidades (policlínicas y CEOs) serán acreditadas.

por causas sensibles a la APS³⁸, la incidencia de la sífilis congénita, y las muertes maternas por razones evitables son elevadas. Para incrementar la calidad en toda la red y homogeneizar las prácticas, es necesario: (i) establecer e implementar protocolos clínicos para los principales temas sanitarios y organizar la atención para garantizar un flujo continuo de cuidado entre los niveles³⁹; y (ii) expandir la acreditación a todas las unidades de atención especializada (CEOs y policlínicas) y la red hospitalaria pública directa⁴⁰ para asegurar las mejores prácticas en cada servicio, continuando los esfuerzos iniciados por la operación 2137/OC-BR.

- 1.16 **Desafío central: incrementar la eficiencia en la gestión.** Ceará ha conformado una red regionalizada de salud robusta y compleja, que requiere una fuerte capacidad de gestión y organización para alcanzar los resultados sanitarios esperados. Entre 2007 y 2014, el Estado ha ampliado casi 150% el gasto corriente en salud; y el gasto público de salud pasó de 1,7% a 2,4% del PIB. Ceará está entre los Estados con el gasto público en salud más alto, superior al mínimo exigido por la Constitución Federal⁴¹. Además, debido a los cambios epidemiológicos, existe una tendencia ascendente en estos gastos, como muestra la evidencia nacional e internacional⁴². Por otra parte, algunos estudios confirman los márgenes de ineficiencia del sector salud en la región y en Brasil⁴³. Dada la perspectiva en el incremento de las demandas de salud y las limitaciones fiscales (actuales y futuras) de los gobiernos para sostener un sistema público universal e integral, es imperativo incrementar la eficiencia de los recursos. Para ello, se requiere el reordenamiento de los procesos y mejoras en los mecanismos e instrumentos de gestión, para seguir incrementando el acceso y la calidad de los servicios, sin generar desequilibrios fiscales. Se espera mejorar estos aspectos tomándose en cuenta las lecciones aprendidas de otras operaciones, relacionadas en el ¶1.25.
- 1.17 En adición a las fragilidades señaladas en el ¶1.10 se han identificado otras ineficiencias de los sistemas de apoyo logístico de las RAS en Ceará, como los servicios de laboratorio, almacenamiento y distribución de fármacos, y esterilización, entre otros. La actual organización, fragmentada y sin escala, produce desperdicios y sobrecostos. La evidencia muestra que la centralización de los servicios de apoyo logístico en el sector salud genera mejoras de desempeño, eficiencia y reducción de

³⁸ El 33% de las internaciones en el Hospital Regional del Cariri fueron por causas sensibles a la APS (DATASUS, 2014).

³⁹ La calidad de la atención aumenta con la continuidad del cuidado (ver [EEO #11](#)).

⁴⁰ Estudios recientes muestran la baja calidad de los hospitales públicos de administración directa en Brasil. Ver Banco Mundial, 1994; *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde*-PNASS, 2004-2005. Gondin, S., 2008 muestra déficits de eficiencia en los hospitales de la red pública de Ceará.

⁴¹ La emenda constitucional 29 prevé un gasto mínimo en salud, para los Estados de 12% de la recaudación de impuestos y tributos específicos. Según el IBGE, Ceará gastó en 2013 cerca de 16%, Río de Janeiro 7,2% y Paraná, 9% (abajo del mínimo).

⁴² Se estima para Brasil una carga creciente de ECNT que generará costos cercanos al 0,5% del PIB por año en las próximas décadas (Bloom DE, et al., 2011). Otras estimaciones ubican el costo anual por tratamiento y pérdida de productividad en Brasil, debido a las cinco principales ECNT, en US\$72 billones (Fuster, V., & Kelly, B.B., Eds., 2010).

⁴³ Para la región, ver Chisholm y Evans, 2010.; para Brasil, <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.

costos⁴⁴. En efecto, en la última década, varios sistemas de salud han centralizado funciones relacionadas a la compra y distribución de medicamentos y otros insumos para optimizar los resultados⁴⁵.

- 1.18 **Propuestas para avanzar en la consolidación de las redes regionales de salud en Ceará.** En el contexto del Plan Estadual de Salud 2012-2015, el Gobierno de Ceará solicitó apoyo del Banco para avanzar en el fortalecimiento de la regionalización de la salud que se inició en 2008. Para enfrentar los desafíos presentados, la evidencia respalda la continuidad del apoyo al modelo basado en redes integradas de servicios, consolidando el acceso a servicios de promoción, prevención y asistencia en salud mediante las RAS, estructuradas a partir de la APS y respaldadas por servicios de media y alta complejidad que garanticen la integralidad y la calidad del cuidado. Los sistemas de salud que logran menor mortalidad prematura y un mejor estado de salud, así como menor crecimiento de gastos son los que cuentan con una red integrada de servicios con enfoque en la atención primaria⁴⁶.
- 1.19 Para consolidar el acceso en las regiones, es necesario expandir servicios de alta complejidad, que representan puntos críticos de las RAS. Con el objetivo de asegurar una adecuada estructuración de las redes regionales, como lo prevén las directrices de regionalización de la salud⁴⁷, deberá ser construido el Hospital Regional del Litoral-Jaguaribe⁴⁸, con un perfil centrado en la atención materno-infantil, urgencias y traumas. El nuevo hospital garantizará el derecho de la población al acceso a servicios terciarios en su macro región de referencia, evitando así su desplazamiento a Fortaleza, mejorando el tiempo-respuesta de las intervenciones y la oportunidad del cuidado.
- 1.20 En el marco del fortalecimiento de la atención materno-infantil -que representa una agenda inacabada en Ceará y que coexiste con problemas sanitarios emergentes-, se deben apoyar reformas, ampliación y adquisición de equipamientos para los servicios de asistencia al parto de riesgo habitual y de alto riesgo. Entre ellos, se ubican las Unidades de Terapia Intensiva (UTI-adulta y neonatal) y las casas de apoyo a las mujeres con embarazo de riesgo. Estas inversiones posibilitarán reducir las brechas de oferta de este componente crítico de la Red Cigüeña, ampliando la capacidad del Estado de hospitalizaciones obstétricas clínicas e intensivas y de neonatología.
- 1.21 Los desafíos de esta nueva etapa requieren esfuerzos significativos para promover los cambios de gestión clínica y operativa requeridos. Por un lado, la consolidación del modelo de las RAS requiere el desarrollo de nuevas competencias en la Secretaría de Estado de Salud de Ceará (SESA) para reforzar su rol de coordinador y rector, y al mismo tiempo fortalecer las Coordinaciones Regionales de Salud (CRES) para que desempeñen el rol de articulación, diálogo y representatividad de la autoridad sanitaria

⁴⁴ Por ejemplo, la implementación de un laboratorio central en *North Shore-Long Island* redujo costos y el tiempo de respuesta en la red hospitalaria (Seaberg, R., RO. Stallone, and BE Statland, 2000). En Londres, la revisión de exámenes de cáncer a nivel central, aumentó la precisión de los diagnósticos y el tiempo de respuesta (Proctor, IE., et al., 2011). En Quebec, la adquisición y distribución centralizada de medicamentos se viene implementando desde los años 90, después que estudios indicaron una potencial reducción en el tiempo de procesamiento de solicitudes del 65% (Laurin, C.S., 2011).

⁴⁵ Rahman et al., 2010; Mears et al., 2007; Iannone et al., 2014.

⁴⁶ OPS, 2012, ver [EEO #11](#).

⁴⁷ Plan Director de Regionalización (PDR), 2014.

⁴⁸ Ver [EEO #10](#).

en las regiones. También es crucial incrementar las capacidades de los profesionales, en todos los niveles de la atención, por medio de la formación y educación continua, orientando su desempeño hacia un nuevo modelo de atención, apoyado por la implementación de líneas de cuidado. Las evidencias en el ámbito del SUS, muestran más eficiencia en salud cuando los servicios son coordinados entre los distintos niveles y plasmados en directrices y protocolos clínicos que conforman las líneas de cuidado⁴⁹, que son estrategias integrales alrededor de grandes temas sanitarios, que van desde la promoción de la salud, actividades preventivas (reducción de los factores de riesgo), así como el tratamiento con las intervenciones más costo-efectivas. Ceará ya cuenta con interesantes experiencias piloto en procesos de reorganización de la atención, por medio de la validación e implementación de líneas de cuidado para algunas condiciones prioritarias (ECNT y materno-infantil)⁵⁰. Se requiere, por tanto, la expansión de estas experiencias, implementando las líneas de cuidado en todo el Estado. Además, es necesario continuar con los procesos de acreditación de unidades (policlínicas y CEOs) y de la red hospitalaria.

- 1.22 **Asociación público-privada, estrategia para mejorar el desempeño y la calidad del gasto a partir de nuevos modelos y soluciones.** La primera etapa de la regionalización de la salud en Ceará fue marcada por estrategias innovadoras (algunas inéditas) para la operación de los servicios, lo que ha demostrado éxito en su funcionamiento⁵¹. Si bien la literatura reconoce los desafíos para la puesta en marcha de las APPs en la región⁵², Ceará se ha destacado por su capacidad para crear y experimentar nuevas formas de articulación con el sector privado, buscando superar las limitaciones de la administración directa para generar mayores beneficios para el sector salud. En 2011, el Estado inició el proceso de modelaje técnico-jurídico⁵³ de la *Parceria Público Privada* (PPP), según la Ley Nacional 11.079 y la Ley Estadual 14.391 para la construcción y concesión de los servicios administrativos para la operación del Hospital Metropolitano (HM)⁵⁴ (bata gris)⁵⁵. El HM atenderá las demandas de la macro región de Fortaleza⁵⁶, mencionadas en el ¶1.12 y dado que también representa una importante innovación en modelos de gestión en salud, es estratégico que el Banco apoye esta iniciativa.
- 1.23 Además, se debe apoyar a la SESA en otras estrategias de APPs. Para enfrentar los problemas en la organización de los servicios de apoyo logístico de las RAS, la evidencia analizada en el ¶1.17 respalda la centralización de los mismos y la utilización

⁴⁹ Magalhães, Jr, Gariglio, M e Teixeira et al., 2002.

⁵⁰ El MF viene desarrollando desde 2013 un proyecto piloto de reordenamiento del cuidado para las condiciones crónicas, desde la APS. La micro región de Tauá (Región Sertão Central) también se encuentra involucrada en un proyecto semejante, con el apoyo de la Organización Pan-Americana de Salud (PAHO) y Consejo Nacional de Secretarios de Estado de Salud (CONASS).

⁵¹ Por ejemplo, el costo anual de un hospital gestionado por OSS es 30% menor a uno de administración directa de portes y perfil similar. Además, si son comparados algunos indicadores clínicos, se constatan, por ejemplo, resultados mejores en la densidad de infección hospitalaria en UTI en los hospitales gestionados por OSS (29% menor).

⁵² Ver [EEO #11](#) y Alonso Cuesta, 2013.

⁵³ En el modelaje técnico-jurídico de la PPP, también está prevista una entidad independiente que cumple el rol de monitorear y verificar los resultados previstos en el contrato.

⁵⁴ Las etapas de estudios de factibilidad y de licitación fueron cumplidas y ya se encuentra adjudicado el consorcio vencedor Ver [EEO #5](#).

⁵⁵ Los modelos de concesión de servicios en el ámbito de las APP, para unidades de salud, se dividen la concesión de la gestión administrativa (operación), llamado también de “bata gris” y servicios de gestión clínica, llamados “bata blanca”. Ver Astorga, I. et al., 2015.

⁵⁶ Ver [EEO #6](#).

de un proveedor externo para generar transferencia de experiencia y conocimiento, ahorros financieros, de tiempos e incremento de la calidad⁵⁷. Sería recomendable diseñar e implementar (infraestructura) un centro de logística de la SESA para concentrar las funciones (actualmente fragmentadas) de: (i) esterilización; (ii) almacenamiento y distribución de fármacos; (iii) emisión de informes médicos a los exámenes realizados en las policlínicas; y (iv) laboratorio. La operación de los servicios debería ser concedida a un proveedor privado, por medio de contratos por resultados.

- 1.24 En el campo de la calidad de la gestión hospitalaria, se deberá utilizar el conocimiento y tecnología del sector privado para fortalecer la red pública. La SESA acordó con la actual OSS⁵⁸, gestora de dos hospitales regionales (Cariri y Sobral), que ésta apoyará en la implementación del sistema de gestión hospitalaria, para mejorar el desempeño operativo y clínico, homogenizando las buenas prácticas de gestión hospitalaria en toda la red del Estado.
- 1.25 **Lecciones aprendidas y operaciones relacionadas.** Este programa es complementario a la operación 2137/OC-BR, de la cual se desprenden importantes lecciones: (i) es fundamental enfatizar y fortalecer los temas de gestión de las redes y de los servicios para garantizar la óptima funcionalidad de la nueva infraestructura; (ii) la implementación de servicios de media y alta complejidad debe ser acompañada por protocolos de acceso, evitándose así la ineficiencia en las asignaciones; (iii) es imprescindible fortalecer la capacidad institucional de las CRES para garantizar el funcionamiento de las redes; y (iv) la (re) organización de los flujos y procesos es una etapa previa al modelaje de los sistemas de información de apoyo a las redes, porque permite un buen diagnóstico de necesidades y capacidades. Además, esta operación se relaciona con otras de la cartera del Sector en el país, especialmente en las siguientes áreas de conocimiento: (i) estructura de gobernanza de redes e implementación de líneas de cuidado, del Programa de Fortalecimiento de la Gestión Estatal de Salud (3051/OC-BR) y del Programa de Fortalecimiento de las Redes de Inclusión Social y Atención a la Salud -PROREDES (3246/OC-BR); y (ii) gestión de APPs en salud y RAS en regiones metropolitanas, del Programa de Fortalecimiento del SUS en la Región Metropolitana de Salvador –PROSUS (3262/OC-BR).
- 1.26 **Alineación estratégica del programa.** El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020: Una Alianza con América Latina y el Caribe para Seguir Mejorando Vidas (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad, mediante su contribución a la mejora del índice de progreso social, la reducción de la mortalidad materna, el incremento del número de personas que reciben servicios de salud, y agencias gubernamentales beneficiadas por proyectos para fortalecer instrumentos tecnológicos y de gestión mejorando la provisión de servicios públicos. El programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad a través del aumento de la cantidad de mujeres que reciben servicios especializados de salud. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (GN-2727-4) (CRF) mediante los mencionados indicadores. El programa está alineado con la prioridad de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) para fortalecer a los sistemas nacionales de salud y hacer frente a la doble carga de la transición de

⁵⁷ Azzi et al., 2013 y Nikolic and Maikisch, 2006.

⁵⁸ Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH. www.isgh.org.br.

salud, y con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3) en relación a fortalecer la gestión y mejora de la calidad de los servicios, avanzando en la consolidación de las RAS. También contribuye con el área estratégica de la Estrategia de País con Brasil 2016-2018 (GN-2850) de reducción de la inequidad y mejora de los servicios públicos, y con el objetivo de ampliación y mejoramiento de la red de APS.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.27 El objetivo del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población de Ceará por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios, y por la mejora del desempeño del SUS, consolidando el enfoque de las RAS en el Estado. La operación se estructura en tres componentes:
- 1.28 **Componente 1. Fortalecimiento de la gestión y mejora de la calidad de los servicios (BID US\$27,3 millones).** El objetivo de este componente es incrementar la eficiencia de las redes regionalizadas de salud y la calidad de sus servicios, por medio de la mejora de los aspectos logísticos y de la gestión clínica y gerencial. El conjunto de las actividades a ser apoyadas a través de este componente beneficiarán a toda la población del estado⁵⁹. Se financiarán, entre otros: (i) consultorías para planificación de procesos, sistemas y recursos para la gestión de las redes⁶⁰ (ii) reforma y ampliación de las instalaciones de la SESA y de sus coordinaciones regionales; (iii) diseño e infraestructura del Centro de Logística de la Salud; (iv) reestructuración de procesos e informatización de la gestión de toda la red hospitalaria propia; (v) fortalecimiento de los sistemas de regulación del acceso; (vi) elaboración e implementación de protocolos clínicos y líneas de cuidado prioritarias sensibles a género y raza⁶¹; (vii) acreditación de aproximadamente 30 unidades de salud de media complejidad (policlínicas y CEOs) y hospitales del Estado de mediano y gran porte⁶²; y (viii) capacitación y formación de recursos humanos.
- 1.29 **Componente 2. Ampliación del acceso y consolidación de las RAS (BID US\$85,8 millones, Local US\$55,5 millones).** Este componente tiene como objetivo ampliar el acceso a servicios de media y alta complejidad en regiones prioritarias, asegurando su integración con la APS y garantizando el cuidado integral. Las inversiones del componente tendrán como beneficiarias las poblaciones de las Macro Regiones de Fortaleza, Cariri, Sobral y Litoral-Jaguaribe⁶³. Se financiarán, entre otros: (i) proyecto, construcción y equipamientos del Hospital Regional de Litoral-Jaguaribe; (ii) construcción y equipamientos del Hospital Metropolitano⁶⁴; (iii) proyecto, construcción y equipamiento de una policlínica en Fortaleza; y

⁵⁹ El Estado de Ceará tiene 8,8 millones de personas.

⁶⁰ Esto incluye estudios y consultorías para reestructurar procesos y flujos de la SESA, y sus unidades regionales, así como para mejorar aspectos de gestión de redes como desempeño de las unidades, costo-efectividad, mejora de la eficiencia, entre otros.

⁶¹ Son líneas de cuidado prioritarias: hipertensión arterial, diabetes mellitus y materno-infantil, que comprende los principios y las prácticas del parto humanizado, de acuerdo con las normas del MS.

⁶² Serán acreditados el Hospital Albert Sabin, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital San José.

⁶³ La población de las Macro Regiones son: Fortaleza (4,6 millones), Sobral (1,6 millones), Cariri (1,5 millones) y Litoral-Jaguaribe (0,5 millones).

⁶⁴ La gestión clínica del Hospital Metropolitano, así como del Hospital del Litoral-Jaguaribe, será por medio de una OSS seleccionada conforme a los procesos establecidos por la legislación local relevante (Ley N° 12.781, de 30.12.97).

(iv) adecuaciones físicas y equipamientos de servicios de atención al parto en las macro regiones de Fortaleza, Cariri, Sobral y Litoral-Jaguaribe⁶⁵.

- 1.30 **Componente 3. Administración, evaluación y auditoría (BID US\$9,9 millones).** Este componente apoyará a la SESA a ejecutar el programa y a dar seguimiento a los resultados previstos. Serán financiados: (i) servicios técnicos especializados y consultorías para la gestión del programa; (ii) servicios de auditoría; (iii) servicios de supervisión y control de calidad de las obras; (iv) estudios de evaluación de la implementación e impacto del programa; y (v) apoyo a eventos y fortalecimiento de la UGP.

Cuadro I.1. Costos de la operación US\$

Componentes	BID	Local	Total
Componente 1. Fortalecimiento de la gestión y mejora de la calidad de los servicios	27.338.203	0	27.338.203
Componente 2. Ampliación del acceso y consolidación de RAS	85.761.797	55.500.000	141.261.797
Componente 3. Administración, evaluación y auditoría	9.900.000	0	9.900.000
TOTAL	123.000.000	55.500.000	178.500.000

C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.31 Los indicadores de impacto de la operación se relacionan con la morbilidad por ECNT, específicamente, la tasa de mortalidad prematura (menores de 60 años) por complicaciones de diabetes mellitus y por accidente cerebrovascular. En cuanto al impacto en salud materno infantil se incluyó el indicador de proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, y las hospitalizaciones prevenibles, que se plantean como resultados del fortalecimiento del modelo de las RAS. Como resultados intermedios se destacan el tiempo medio de permanencia de pacientes internados en los hospitales de la red propia, y como resultados finales la tasa anual de hospitalizaciones por diabetes mellitus y sus complicaciones en la población de 30 a 59 años de edad, residente en Ceará⁶⁶. Además, en el marco de los resultados corporativos se incluyó el indicador sectorial “número de personas que reciben servicios de salud”.
- 1.32 **Evaluación costo-beneficio.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la evidencia sobre la efectividad del Modelo de Cuidado mediante Redes Integradas de Servicios de Salud. Con base en evidencia específica para Brasil, en el [Análisis Económico](#) se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del proyecto que incluyen: (i) ahorros en gasto hospitalario por reducción de internaciones evitables; (ii) ganancias en productividad por reducción de la morbilidad asociada al modelo de atención adoptado; y (iii) ganancias por la implementación de las líneas de cuidado. En el escenario base, con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte de cinco años y usando una tasa de descuento de 3%⁶⁷, el rango de la relación beneficio-coste es de 1,14–1,92. Asimismo,

⁶⁵ De acuerdo al diagnóstico de necesidades realizado en la Red Cigüeña, con apoyo del MS.

⁶⁶ Para el seguimiento de estos indicadores serán utilizadas diversas fuentes 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 Estados y Municipios y por unidades públicas de salud, representando así, la principal fuente de datos en salud pública.

⁶⁷ Como se discute en el [EEO #1](#), la tasa de 3% para proyectos de salud es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

los análisis de sensibilidad muestran que el ratio costo-beneficio es superior a 1 en la mayoría de los escenarios menos favorables.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

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

Cuadro II.1. Proyección de Desembolsos (US\$)

Financiamiento	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID (CO)	20.125.766	18.057.448	45.967.501	28.860.460	9.988.825	123.000.000
SESA (Local)	9.881.174	30.589.822	15.029.004			55.500.000
Total	30.006.940	48.647.270	60.996.505	28.860.460	9.988.825	178.500.000

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) –Directiva B.03 Pre evaluación y clasificación–, esta operación se clasifica como categoría “B”, considerando que los posibles impactos negativos y riesgos socio-ambientales son localizados y de corto plazo, y que las medidas de mitigación son conocidas y de fácil implementación. Los riesgos socio-ambientales más relevantes están relacionados con la etapa de operación de los dos hospitales y la policlínica, especialmente en lo relacionado con la mayor demanda de energía y agua potable; la calidad de agua potable; descargas de efluentes hospitalarios; generación de residuos sólidos peligrosos hospitalarios (punzocortantes, bio-infecciosos, farmacéuticos y químicos); y con seguridad y salud ocupacional para los empleados del hospital, pacientes y visitantes. Se ha presentado el respectivo Análisis Ambiental y Social (AAS), cuyos resultados se encuentran en el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS). El Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) para cada una de las obras de infraestructura del programa, incluirá las medidas y procedimientos específicos de mitigación y control de los riesgos potenciales e impactos negativos que se deberán considerar en las etapas de construcción y operación. El contrato de préstamo incluirá los requerimientos que se mencionan en la Sección VI del IGAS (ver ¶3.6). Finalmente, la operación no contempla ni anticipa que sea requerido el reasentamiento de personas para la construcción de las obras del programa.

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.3 Fue realizado un análisis de la capacidad institucional de la SESA que clasificó el riesgo como mediano, dado que esta operación es la segunda etapa de un programa consolidado (2137/OC-BR), sin embargo sufrió retrasos en su ejecución. El análisis identificó los siguientes riesgos: (i) fragilidad en la eficiencia operacional de los procesos; (ii) problemas de calidad de la información en los documentos de regularidad de los terrenos, proyectos y estudios para el desarrollo de las obras; (iii) debilidades en el módulo de gestión financiera, integrado a los sistemas del Estado, con capacidad para la generación de los procesos de desembolso y de los estados financieros del

proyecto; y (iv) falta de conocimiento de las políticas y procedimientos de adquisiciones y de gestión contable y financiera del Banco.

- 2.4 Para mitigar estos riesgos se propone: (i) realizar diagnóstico/levantamiento/mapeo de los procesos de gestión financiera y de adquisiciones para lograr mayor eficiencia de los mismos, y efectuar una estrecha supervisión sectorial y fiduciaria con base en el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y en el Plan de Adquisiciones (PA); (ii) iniciar los procesos de contratación de obras, solamente de aquellas que posean proyectos ejecutivos y licencias y estudios validados por el Banco; (iii) viabilizar la disponibilidad por parte de la Secretaría de Estado de Hacienda (SEFAZ) de su sistema de gestión financiera a la SESA, que deberá ser adecuado para atender a los requerimientos del Banco; y (iv) elaborar e implementar un plan de capacitación fiduciaria.

D. Otros Riesgos del Proyecto

- 2.5 También se identificaron los riesgos: (i) inadecuada estructura de la Unidad de Gestión del Proyecto (UGP), teniendo en cuenta el volumen de las inversiones de la nueva operación; (ii) posibles conflictos en cuanto a la PPP del Hospital Regional Metropolitano, entre la gestión de la Bata Gris (Sociedad de Propósito Especifico-Consorcio ganador) y de la Bata Blanca (de responsabilidad de la SESA); (iii) cambio de Gobierno que deberá ocurrir en enero de 2019, inicio del penúltimo año de ejecución del programa que puede afectar el ritmo de ejecución y conclusión del programa⁶⁸; y (iv) variación cambiaria. Para mitigarlos: (i) formalizar la adecuada designación del personal; establecer la creación y operatividad de la UGP como condición previa, y contratar apoyo especializado para el gerenciamiento del programa y supervisión de obras; (ii) será contratado un verificador independiente de la PPP y se incluirán resultados interdependientes entre Bata Blanca y Bata Gris en los contratos de la operación, para garantizar alineamiento en las dos operaciones y el buen funcionamiento del hospital; (iii) se propone adecuar la planificación de la ejecución, que deberá considerar estas limitantes; y (iv) dar seguimiento estrecho del presupuesto y de los instrumentos de gestión.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de Arreglos de Implementación

- 3.1 **Organismo ejecutor (OE).** El prestatario será el Estado de Ceará y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del prestatario, derivadas del contrato de préstamo. El OE será el Estado de Ceará, a través de la SESA, que instituirá, por medio de instrumento jurídico pertinente, la UGP.

⁶⁸ Para asegurar sostenibilidad fiscal, la decisión sobre la capacidad de endeudamiento de los gobiernos subnacionales con los organismos de financiamiento externo corresponde al Gobierno Federal que tiene establecida una metodología y parámetros específicos para esta finalidad. Asimismo, el Gobierno Federal es garante de los préstamos contratados. Según los análisis realizados por el Gobierno Federal, el Estado de Ceará está en condiciones de contraer este préstamo con el Banco, y cumple con los índices establecidos por la Ley de Responsabilidad Fiscal. En términos de la sostenibilidad de las acciones promovidas por el proyecto, en el marco del financiamiento del SUS se asignan partidas presupuestales en cada esfera del gobierno, de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Constitución Federal, garantizando así la continuidad de la operación de los servicios de salud.

- 3.2 La UGP, directamente vinculada al Gabinete de la Secretaría de Salud (SESA), será responsable por: (i) la planificación y ejecución administrativa y fiduciaria; y (ii) el monitoreo y evaluación del programa. Esta unidad contemplará mínimamente: una coordinación general; dos gerencias técnicas⁶⁹; una gerencia de gestión y fortalecimiento, donde serán tratados los temas de calidad y certificación; una gerencia de adquisiciones y una administrativo-financiera. Se contará con el apoyo de la Comisión Especial de Licitaciones (CEL IV) de la Procuraduría General del Estado de Ceará (creada por la Ley Complementar 65 de 3/1/2008), donde son centralizadas las adquisiciones del Estado realizadas con recursos de préstamos de instituciones financieras internacionales. Se prevé, asimismo, la contratación de una firma de apoyo a la gestión de las acciones del programa y a la supervisión de las obras.
- 3.3 La ejecución del programa estará regida por el Reglamento Operativo del Programa (ROP), cuyos términos serán negociados y aprobados por el Banco, deberá incluir los aspectos ambientales y establecer las normas y procedimientos para el OE en programación, gestión contable-financiera, adquisiciones, auditorías, y seguimiento y evaluación. Asimismo, el ROP deberá detallar el arreglo de ejecución, ampliando las funciones de la UGP y las atribuciones de cada actor y los respectivos flujos.
- 3.4 **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) publicación en el Diario Oficial del Estado de Ceará, del decreto de creación de la UGP y de la designación de sus coordinadores y gerentes; (ii) comprobación de la entrada en vigor del ROP en los términos acordados con el Banco; y (iii) aprobación, por el Banco, de los Términos de Referencia relativos a la contratación de la firma de apoyo de gerenciamiento del proyecto y supervisión de obras.**
- 3.5 Serán condiciones contractuales especiales de ejecución: (i) la comprobación de la implementación y funcionamiento de un sistema informatizado integrado de gestión financiera para el proyecto, en un plazo de hasta 8 (ocho) meses de la fecha de la firma del contrato de préstamo; (ii) previamente al inicio de las obras de los hospitales comprendidos por el programa, presentación del modelo de gestión de los mismos como del borrador estándar del respectivo contrato a ser firmado, para la no objeción del Banco; (iii) previo al inicio de las operaciones de los hospitales, presentación del respectivo contrato de gestión firmado; (iv) la comprobación de la contratación de la firma de apoyo de gerenciamiento del proyecto y la supervisión de obras, en un plazo de hasta seis meses de la fecha de firma del contrato; y (v) previo al inicio de las licitaciones para las obras de la policlínica del proyecto, comprobación de firma del instrumento jurídico de gestión pertinente entre el Prestatario y el MF, en los términos aprobados por el Banco.
- 3.6 Serán condiciones especiales ambientales y sociales de ejecución: (a) presentación al Banco, previo al inicio de cada primera obra de cada tipo de unidad de salud, y en conformidad con los términos acordados con el Banco, de: (i) los proyectos ejecutivos; (ii) el PGAS; (iii) las licencias legales requeridas⁷⁰; y (iv) la comprobación de la realización de consultas públicas en conformidad con las políticas del Banco; (b) durante el plazo de desembolsos del proyecto, cumplimiento de los programas,

⁶⁹ Una de estas gerencias contará con un especialista ambiental.

⁷⁰ Estas licencias incorporan la titularidad de los terrenos.

requisitos y directrices establecidos en el ROP y en el PGAS; y (c) presentación de la Sistemática de Gestión Ambiental y Social (SGAS), para implementación del PGAS, en un plazo de hasta 90 días de la fecha de firma del contrato de préstamo.

- 3.7 **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, Política para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID y GN-2350-9, Política para la selección y contratación de consultores financiados por el BID). De acuerdo con el análisis de la capacidad del ejecutor, serán revisados en forma ex ante los procesos indicados en el PA que sean financiados total o parcialmente por el Banco y todos los procesos cuyo costo estimado supere los límites para licitación pública internacional.
- 3.8 **Desembolsos.** Los desembolsos se realizarán bajo la modalidad de anticipos de fondos, con base en las necesidades reales de liquidez del programa para un periodo máximo de seis meses. Estos 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 “Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-6)”.
- 3.9 **Auditoría.** Los estados financieros del programa serán auditados anualmente por el Tribunal de Cuentas del Estado de Ceará y, en caso de su indisponibilidad, por una firma de auditoría externa independiente aceptable por el Banco, a ser contratada por el ejecutor. Los estados financieros auditados serán presentados al Banco a más tardar 120 días después del cierre de cada ejercicio económico de la entidad, de conformidad con los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco. La auditoría incluirá la revisión ex-post de los procesos de desembolsos y de las adquisiciones, en forma adicional a las actuaciones y revisiones del Banco.
- 3.10 **Reconocimiento retroactivo de gastos y contratación anticipada por el financiamiento.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta US\$24,6 millones (20% del monto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta US\$11,1 millones (20% del monto estimado del aporte local) en gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo. Estos se refieren a las contrataciones anticipadas principalmente de estudios de consultoría, elaboración de proyectos y ejecución de obras. Para que sean elegibles a ser reconocidos, los procesos de adquisición tendrán que ser sustancialmente análogos a los normas del Banco y consistentes con las disposiciones de la Política de Reconocimiento de Gastos, Financiamiento Retroactivo y Contratación Anticipada del Banco (OP-507/ GN-2259-1). Se reconocerán gastos que cumplan con los siguientes requisitos: (i) todos los gastos y pagos realizados en actividades objeto del programa que sean realizados durante los 18 meses anteriores a la fecha de aprobación del préstamo por el Directorio del Banco pero posteriores a la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto (18 de mayo de 2015); (ii) que los procesos de adquisición y contratación hayan sido realizados con base en la legislación local (Ley 8.666/93 y, en ese caso, la Ley 11.079/2004–Ley de las PPPs en Brasil) y dentro de los términos pautados por la OP-507; (iii) que los objetos, procesos y valores a ser reconocidos, sean identificados e informados en los documentos del programa (Plan Operativo Anual-POA y PA); y (iv) que los pagos hayan tenido su fuente en el tesoro del Estado.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.11 La UGP presentará semestralmente informes sobre: (i) desempeño en el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada POA y en el Reporte de Monitoreo del Programa (PMR), incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos y medidas de mitigación; (ii) estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (iii) cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iv) estado de ejecución financiera. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá: (i) POA para el año siguiente; (ii) plan de adquisiciones actualizado; y (iii) cuando corresponda, las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría. Asimismo, la UGP contará con una asesoría responsable de implementar el Plan de Monitoreo y Evaluación. Con base en la información generada por la SESA y reportada en DATASUS, se dará seguimiento a los indicadores de la matriz de resultados.
- 3.12 La evaluación de impacto del proyecto utiliza la metodología de controles sintéticos y comparará la evolución de los indicadores de resultado final y de impacto de la matriz de resultados en las regiones beneficiarias con otras regiones similares donde no se implementa el proyecto. Para cada indicador, por ejemplo tasa de mortalidad prematura por ACV, se construirá un control sintético a partir de una combinación de municipios de otros estados del Nordeste brasileño. Por construcción, dicho control sintético presenta la misma evolución que Ceará en los años previos a la intervención, por lo que su comportamiento futuro sirve como contra-factual de lo que pasaría en ausencia del programa. Los datos necesarios para elaborar la evaluación provienen de DATASUS, específicamente del *Sistema de Informações de Mortalidade* (SIM) y del *Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde* (SIH/SUS) que recopilan información de manera rutinaria.

C. Actividades de Diseño luego de la Aprobación

- 3.13 Durante el período entre la aprobación del préstamo y firma del contrato se prevé el trabajo continuo con el equipo de la SESA para dar seguimiento a: (i) elaboración de los términos de referencia para los consultores de la UGP y de las consultorías estructurantes; y (ii) acompañamiento de la elaboración de estudios y proyectos ejecutivos de los dos hospitales. Además, en este período la SESA recibirá servicios de consultoría para apoyar el rediseño de procesos y flujos de trabajo. Esta acción es fruto de cooperación del Sector Fiduciario del país, con el objetivo de mejorar el desempeño de las operaciones del Sector Salud en Brasil.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo				
Resumen				
I. Alineación estratégica				
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado		
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad			
Indicadores de contexto regional	-Índice de Progreso Social			
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad maternal (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#) -Agencias gubernamentales beneficiadas por proyectos que fortalecen los instrumentos tecnológicos y de gestión para mejorar la provisión de servicios públicos (#)			
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2850	Ampliación y mejoramiento de la red de atención primaria en Salud (APS).		
Matriz de resultados del programa de país	GN-2805	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2016.		
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	Puntuación máxima
		9.7		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0	33.33%	10
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0		
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0		
4. Análisis económico ex ante		10.0	33.33%	10
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		9.1	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5		
5.2 Plan de Evaluación		6.6		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación				
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B		
IV. Función del BID - Adicionalidad				
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales				
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos, Auditoría interna. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.		
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Planeación Estratégica.		
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:				
Igualdad de género				
Trabajo				
Medio ambiente				
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto				
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.		Sí	La evaluación de impacto estará basada en la metodología de control sintético y contribuye a generar evidencia sobre la efectividad del enfoque de redes integradas de servicios de salud.	

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

El objetivo del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población del estado de Ceará mediante el incremento del acceso y la calidad de los servicios, así como de la mejora del desempeño del Sistema Único de Salud, consolidando el enfoque de las Redes de Atención de Salud en dicho estado.

El documento del proyecto y sus anexos proporcionan un diagnóstico informado sobre la situación actual para justificar la implementación del programa. Se incluyen referencias a la evidencia sobre la efectividad de las soluciones propuestas, incluyendo experiencias relacionadas con contexto de Ceará. La matriz de resultados incluye indicadores SMART adecuados para medir resultados y productos.

El proyecto presenta un análisis de costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas.

Las actividades de monitoreo y evaluación han sido planificadas y presupuestadas, aunque la secuencia de actividades requiere mayor definición. La evaluación de impacto, aunque no define las preguntas claves de evaluación que se buscan responder, propone un análisis de control sintético en los municipios cearenses que no pertenecen a la región metropolitana de Fortaleza, comparados con el control sintético formado con municipios no metropolitanos de estados vecinos. En el anexo de monitoreo y evaluación se detallan los datos e información que se utilizará para el análisis.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del Proyecto	El objetivo del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población de Ceará por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios, y por la mejora del desempeño del sistema, consolidando el enfoque de las RAS en el Estado.			
Indicadores de Impacto	Línea de Base	Meta (2020)	Fuente	Método de Cálculo
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (DM).	Total: 9,49 (2013) Hombres: 9,75 (2013) Mujeres: 9,25 (2013)	Total: 8,87 Hombres: 8,87% Mujeres: 8,87%	DATASUS	Número de óbitos prematuros (30-59 años) por DM de población residente/población residente x 100.000. Diabetes: categorías E10-E14 del CID-10.
Tasa de mortalidad prematura por Accidentes Cerebro Vasculares (ACV).	Total: 7,33 (2013) Hombres: 8,79 (2013) Mujeres: 6,00 (2013)	Total: 6,85 Hombres: 8,13 Mujeres: 5,58	DATASUS	Número de óbitos prematuros (30-59 años) por ACV de población residente/población residente x 100.000. ACV: categoría I-64 del CID-10.
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer <2.500 g.	8% (2014)	6%	DATASUS	Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500g al nacer en Ceará/ número total de nacidos vivos en Ceará.
Indicadores de Resultados Finales	Línea de Base	Meta	Fuente	Método de Cálculo
Porcentaje de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica.	Total: 20,13% (2013) Hombres: 24,1 (2013) Mujeres: 17,88 (2013)	Total: 18,72% Hombres: 22,29% Mujeres: 16,71	DATASUS	Número de internaciones por causas sensibles a la atención básica en Ceará/total internaciones en Ceará.

Indicadores de Resultados Finales	Línea de Base	Meta	Fuente	Método de Cálculo
Tasa anual de hospitalizaciones por DM y sus complicaciones en la población de 30 a 59 años de edad residente en Ceará.	4,82 (2013)	4,50	DATASUS SIH-SUS (Sistema de Información Hospitalaria) Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE)	Número de hospitalizaciones por DM y sus complicaciones en la población residente de 30-59 años/población residente de 30-59 años x 10.000 habitantes.
Porcentaje de consultas especializadas de atención prenatal en embarazos de riesgo realizadas en relación a las programadas.	45% (2014)	70%	Superintendencia de Redes y Unidades (SRU/SESA)	Número de consultas especializadas de atención prenatal en embarazadas clasificadas como de alto riesgo (realizadas/programadas) X 100.
Porcentaje de todas las embarazadas diagnosticadas con sífilis con el diagnóstico en el primer trimestre de embarazo.	22%	75%	DATASUS	Número de embarazadas diagnosticadas con sífilis en el primer trimestre del embarazo/total de embarazadas diagnosticadas con sífilis durante el embarazo.
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea de Base	Meta	Fuente	Método de Cálculo
Beneficiarios de servicios de salud.	7.012.000	7.713.200	DATASUS	Número de personas cadastradas en las Unidades Básicas de Salud (UBS) del Estado de Ceará.
Tiempo medio de permanencia (días) de pacientes internados en hospitales de la red pública de Ceará.	9,5 (2014)	7	SRU/SESA	Número de pacientes-día de la unidad, en el período de análisis/total de salidas de la unidad, en el período de análisis.
Número de días para emisión de informe médico para tomografía.	15 (2014)	4	SRU/SESA	Número de días entre la fecha del examen de tomografía y la disponibilidad de los resultados.
Tiempo-respuesta (días) para los exámenes de laboratorio en la red pública de Ceará ¹ .	7 (2014)	3	SRU/SESA	Número de días entre la fecha del examen de laboratorio y la disponibilidad de los resultados.

¹ Para este resultado, serán tomados los exámenes de urea, creatinina, t4, tsh y hemoglobina glicosilada.

PRODUCTOS

Producto	Unidad de medida	Línea de base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Componente 1. Fortalecimiento de la Gestión y Mejora de la Calidad de los Servicios									
Estudio de consultoría de mejora de planeación y gestión de los procesos de la SESA desarrollado.	# (estudio)	0			1			1	Medios de verificación: sistemas de monitoreo de la SESA (presupuestales y de metas físicas).
Sistemas de regulación de acceso y auditorías reforzados con adecuación de procesos y tecnología de información.	# (sistema)	0	1	1				2	Ídem.
Protocolos clínicos y líneas de cuidado desarrollados ² (sensibles al género/raza) y aprobados por la autoridad competente.	# (prot/línea)	0	1	2				3	Ídem.
Líneas de cuidado implementadas ³ .	# (líneas)	0	1	2				3	Ídem. Se refiere a capacitación de personal y protocolos impresos y diseminados.
Nuevas instalaciones (sede) de la SESA construidas y equipadas.	# (sede)	0				1		1	Ídem.
Centro de logística construido y equipado implantado.	# (centro)	0				1		1	Ídem.
Hospitales de la red pública con sistema informático de gestión implementado.	# (sistemas implementados)	0	7					7	Ídem. Módulos para principales procesos (prontuario, emergencia, ambulatorio, exámenes, etc.) en funcionamiento.
Establecimientos de salud (media complejidad y hospitales) acreditados en calidad.	# (establecimientos acreditados)	0		7	9	9	7	32	Ídem. Acreditación por entidad independiente contratada.
Profesionales capacitados.	# (profesionales)	0	150	320	450	450	450	1.820	Medio de verificación: certificados emitidos por las instituciones capacitadoras.

² Líneas de cuidado: Materno-Infantil, DM e Hipertensión Arterial Sistémica.

Producto	Unidad de medida	Línea de base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Componente 2. Ampliación del Acceso y Consolidación de las Redes de Atención en Salud									
Hospital Regional Litoral-Jaguaribe construido.	# (hospital)	0					1	1	Ídem.
Equipamentos para o Hospital Litoral-Jaguaribe adquiridos.	# (lotes de equipamentos)	0			3	6	2	11	Ídem
Policlínica de Fortaleza construida.	# (policlin.)	0			1			1	Ídem.
Equipamientos para la Policlínica de Fortaleza adquiridos.	# (lotes de equipamientos)	0			3	1		4	Ídem
Hospital Metropolitano construido.	# (hospital)	0			1			1	Ídem.
Equipamientos para el Hospital Metropolitano adquiridos.	# (lotes de equipamientos)	0		1	3			4	Ídem
Unidades de atención al parto reformados.	# (unidades de parto)	0			9	5		14	Ídem.
Equipamientos para las unidades de atención al parto adquiridos.	# (lotes de equipamientos)	0			6	4		10	Ídem
Componente 3. Administración, Evaluación y Auditoría									
Equipo de gestión del programa conformado.	# (personas contratadas)	0	12		3			15	Ídem.
Evaluaciones intermedia realizada.	# (doc.eval.)	0			1		1	2	Ídem.
Evaluación Final realizada.	# (doc.eval)								Ídem
Evaluación de impacto realizada.	# (doc.eval.)						1	1	Ídem.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

País: Brasil
Proyecto N°: BR-L1408
Nombre: Programa de Expansión y Mejora de Atención Especializada en Salud en el Estado de Ceará II – PROEXMAES II
Organismo Ejecutor: Estado de Ceará, a través de la Secretaría de Estado de Salud de Ceará (SESA)
Preparado por: Leise Estevanato (Especialista en Gestión Financiera) y Marília Santos (Especialista en Adquisiciones)

I. Resumen Ejecutivo

- 1.1 Para la elaboración de los acuerdos de gestión fiduciaria del programa se consideraron: (i) un análisis del contexto fiduciario actual del país y del estado de Ceará; (ii) la evaluación de los principales riesgos fiduciarios; (iii) la medición de la capacidad institucional SECI; y (iv) la experiencia del Banco junto al programa PROEXMAES I.

II. Contexto Fiduciario del País y Organismo Ejecutor

- 2.1 La estrategia fiduciaria del Banco para Brasil está dirigida a reforzar el uso de los sistemas fiduciarios nacionales, objetivando el fortalecimiento institucional y la disminución de los costos transaccionales. En el Estado de Ceará (CE) las Entidades Públicas utilizan el Sistema de Monitoreo de Acciones y Proyectos Prioritarios (SIAP/MAPP) que realiza el registro, control y acompañamiento de planificación de las acciones y gastos públicos. En el ámbito del PROEXMAES II, podrá ser utilizado el Sistema de Información de Gerenciamiento de Proyectos desarrollado por la Secretaría de Hacienda (SEFAZ) para el Programa de Apoyo a la Gestión de la Hacienda Pública de Brasil (PROFISCO), desde que sea debidamente adecuado a los requerimientos del Banco. Otra opción sería desarrollar un módulo de gestión financiera integrado al Sistema de Gestión Gubernamental por Resultados (S2GPR).
- 2.2 Las adquisiciones y contrataciones son centralizadas en la Procuraduría General del Estado (PGE/CE) que sigue la legislación nacional (Ley 8.666/93, Ley 11.079/2004 de las *Parceria Público Privada*-PPP y otras). Para las compras de bienes y servicios comunes, se utiliza el sistema de Compras Electrónicas COMPRASNET (sistema electrónico de subasta a la baja, administrado por el Gobierno Federal). Considerando los contratos de préstamos financiados por organismos multilaterales, la PGE creó una Comisión Especial de Licitaciones (CEL IV) que sigue las políticas de esas entidades.
- 2.3 El control externo de las acciones de los órganos del Estado es ejercido por el Tribunal de Cuentas del Estado (TCE/CE).
- 2.4 El prestatario será el Estado de Ceará y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del prestatario, derivadas del contrato de préstamo. El OE será el Estado de Ceará, a través de la SESA, que instituirá, por medio de instrumento jurídico pertinente, la Unidad Gestora del Proyecto (UGP). Esta Unidad, así como en el PROEXMAES I, será responsable por coordinar, planificar, monitorear y ejecutar las actividades financiadas con recursos del BID. Será también el órgano interlocutor con las demás entidades del gobierno (Secretaría de Planificación, de Hacienda, Plan Global Específico-PGE, Secretaría de Infraestructura, etc.) involucradas con la ejecución del programa.

III. Evaluación del Riesgo Fiduciario y Acciones de Mitigación

- 3.1 Durante la evaluación de riesgos, en materia fiduciaria, fueron identificados los siguientes puntos: (i) inadecuada estructura de la UGP; (ii) fragilidad en la eficiencia operacional; (iii) problemas de calidad de la información sobre los terrenos, proyectos y estudios para las obras; (iv) posibles conflictos en cuanto a la PPP del Hospital Regional Metropolitano, entre la gestión de la Bata Gris (Consortio ganador) y de la Bata Blanca (responsabilidad de la SESA); y (v) debilidades en el módulo de gestión financiera, integrado a los sistemas del Estado, con capacidad para la generación de los procesos de desembolso y de los estados financieros del proyecto.
- 3.2 Acciones de mitigación: Para el riesgo: (i) reestructurar la UGP, que contemple mínimamente: una Coordinación General; dos Gerencias técnicas de ingeniería; una Gerencia de gestión y fortalecimiento, donde serán tratados los temas de calidad y certificación; una Gerencia de Adquisiciones y una Administrativo-Financiera; y contratación de apoyo al gerenciamiento del programa y supervisión de obras; (ii) realizar diagnóstico/levantamiento/mapeo de los procesos de gestión financiera y de adquisiciones para lograr mayor eficiencia de los mismos, y efectuar una estrecha supervisión sectorial y fiduciaria con base en el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y en el Plan de Adquisiciones (PA); (iii) condicionar los inicios de los procesos de contratación de obras, a la validación del Banco de los proyectos ejecutivos y complementarios, así como de las licencias y estudios necesarios; establecer acuerdos con la Secretaría de Infraestructura de Ceará (SEINFRA); y contratar consultorías para la elaboración de proyectos, estudios y supervisión de obras; (iv) contratar un verificador independiente de la PPP y, en los contratos por resultados de la operación, incluir resultados interdependientes entre Bata Blanca y Bata Gris, para garantizar alineamiento en las dos operaciones y el buen funcionamiento del hospital; y (v) viabilizar la disponibilidad por parte de la SEFAZ, de su sistema de gestión financiera a la SESA, que deberá ser adecuado para atender a los requerimientos del Banco.

IV. Aspectos para las Estipulaciones Especiales

- 4.1 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:** (i) la publicación en el Diario Oficial del Estado de Ceará, del decreto de creación de la UGP y de la designación de sus coordinadores y gerentes; (ii) la comprobación de la entrada en vigor del ROP en los términos acordados con el Banco; (iii) la aprobación, por el Banco, de los Términos de Referencia relativos a la contratación de la firma de apoyo de gerenciamiento del proyecto y supervisión de obras.
- 4.2 **Estados Financieros Auditados:** Los estados financieros del programa serán auditados anualmente por el TCE/CE y, en caso de su indisponibilidad, por una firma de auditoría externa independiente aceptable por el Banco, a ser contratada por el ejecutor.
- 4.3 **Otros requisitos de Gestión Financiera:** La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados será realizada de forma ex-post por el TCE/CE y/o por un consultor designado por el Banco.
- 4.4 **Tipo de cambio a ser utilizado:** Conforme fuera informado por el OE, para fines de rendición de cuentas de los recursos del financiamiento y los de aporte local, los valores pagados en moneda local se convertirán a la moneda de la operación según la decisión del Ejecutor en cuanto a las posibles reglas de conversión.

V. Acuerdos y Requisitos para las Adquisiciones

- 5.1 **Ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones serán llevadas adelante a través de la UGP y PGE/CE utilizando las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras (y servicios diferentes de consultoría) GN 2349-9 y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores GN 2350-9, ambas políticas de marzo de 2011. La revisión de los procesos de adquisiciones por parte del Banco, será realizada de acuerdo a lo establecido en el [Plan de Adquisiciones](#).
- 5.2. **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría¹, generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI), se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando documentos de licitación nacional acordados con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha). Para las compras de bienes o servicios comunes, el Banco aceptará el uso del sistema COMPRASNET hasta el monto de LPI.
- 5.3 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos de servicios de consultoría generados bajo el proyecto, se ejecutarán utilizando el documento de Solicitud Estándar de Propuestas (SEP), emitido por el Banco. La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial.
- 5.4 **La selección de los consultores individuales.** Esta se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos. Se podrán publicar anuncios en la prensa local o internacional a fin de obtener antecedentes de los consultores calificados.
- 5.5 **Reconocimiento retroactivo de gastos y contratación anticipada por el financiamiento.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta US\$24,6 millones (20% del monto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta US\$11,1 millones (20% del monto estimado del aporte local) en gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo. Estos se refieren a las contrataciones anticipadas principalmente de estudios de consultoría, elaboración de proyectos y ejecución de obras. Para que sean elegibles a ser reconocidos, los procesos de adquisición tendrán que ser sustancialmente análogos a los normas del Banco y consistentes con las disposiciones de la Política de Reconocimiento de Gastos, Financiamiento Retroactivo y Contratación Anticipada del Banco (OP-507/ GN-2259-1). Se reconocerán gastos que cumplan con los siguientes requisitos: (i) todos los gastos y pagos realizados en actividades objeto del programa que sean realizados durante los 18 meses anteriores a la fecha de aprobación del préstamo por el Directorio del Banco pero posteriores a la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto (18 de mayo de 2015); (ii) que los procesos de adquisición y contratación hayan sido realizados con base en la legislación local (Ley 8.666/93 y, en ese caso, la Ley 11.079/2004–Ley de las PPPs en Brasil) y dentro de los términos pautados por la OP-507; (iii) que los objetos, procesos y valores a ser reconocidos, sean identificados e informados en los documentos del programa (Plan Operativo Anual-POA y PA); y (iv) que los pagos hayan tenido su fuente en el tesoro del Estado.

¹ De acuerdo a las Políticas de Adquisiciones del BID, los servicios diferentes de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

- 5.6 **Contratación directa.** No se prevé ninguna.
- 5.7 **Márgenes de preferencia nacional.** No se aplicarán.
- 5.8 **Otros.** Se prevé el reconocimiento del proceso de contratación realizado por medio de la Ley nº 11.079/2004 –que instituye normas generales para licitación y contratación de una PPP en el ámbito de la administración pública brasilera, de servicios de concesión administrativa para construcción, fornecimiento de equipamientos, manutención y gestión de los servicios no asistenciales del HRM. Ver [EEO #5](#) para más detalles.
- 5.9 **Umbrales de procesos de adquisiciones.** El umbral que determina el uso de la LPI será puesto a disposición del prestatario o, en su caso, 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.
- 5.10 **Plan de Adquisiciones Inicial (PAI).** Se anexa propuesta a la fecha. La versión que se acuerde podrá ser actualizada durante la ejecución del proyecto, conforme a las circunstancias (ver enlace [Plan de Adquisiciones](#)).

Adquisiciones Principales

Actividad	Método de Selección	Fecha Estimada de convocatoria/ invitación	Monto Estimado 000'US\$
Bienes			
Equipamientos para nuevas instalaciones para SESA y adecuación de las Coordinaciones Regionales de Salud (CRES).	PE	2016	1.800.000
Equipamientos para el Centro Logístico	PE	2016	2.500.000
Obras			
Nuevas instalaciones para SESA y adecuación de las CRES.	LPN	2016	7.000.000
Adecuación física de asistencia farmacéutica, laboratorio, ingeniería clínica, esterilización y centro de informes médicos.	LPN	2016	2.500.000
Consultoría			
Planificación de procesos de la SESA.	SBQC	2016	2.800.000
Implementación de las líneas de cuidado en las Redes de Atención a la Salud.	SBQC	2017	3.000.000
Acreditación de 32 unidades de salud.	SBQC	2016	1.500.000
Apoyo al gerenciamiento del programa y supervisión de obras.	SBQC	2016	8.500.000

- 5.11 **Supervisión de adquisiciones.** Todas las LPI, CD y selecciones de consultorías cuyo monto estimado superen US\$1 millón, serán revisadas bajo la modalidad de revisión ex ante. Los demás procesos se efectuarán bajo una revisión posterior anual, considerando las características del proyecto y la capacidad de la UGP en materia operativa. A partir de las revisiones anuales de auditoría, el Banco podrá modificar la forma de revisión indicada en el PA.
- 5.12 **Registros y archivos.** Los archivos deberán estar ubicados en la oficina de la UGP y bajo las condiciones de seguridad correspondientes.

VI. Acuerdos y Requisitos para la Gestión Financiera

- 6.1 **Programación y presupuesto.** La SESA, a través de la UGP, será responsable de la planificación de la ejecución de las actividades según lo previsto en el PEP, el Plan Plurianual (PPA) y en la Ley de Presupuesto Anual (LOA) que incorporarán a las actividades y recursos (aportes BID y local) del programa. El Banco reconocerá los gastos del proyecto de acuerdo con las partidas establecidas y ejecutadas y consideradas elegibles conforme la Política OP-311.
- 6.2 **Tesorería.** El Estado de Ceará utiliza los siguientes sistemas de información y gestión: (i) SIC – Sistema Integrado de Contabilidad; (ii) SGC –Sistema de Gestión Contable, los dos en proceso de reestructuración a través del S2GPR; (iii) el SIOF, responsable por las actualizaciones del presupuesto; y (iv) el SIAP, para el monitoreo de los proyectos.
- 6.3 **Contabilidad y sistema de información.** La SESA no dispone de un sistema de información contable-financiero automatizado e integrado con la contabilidad general del Estado, que permita la generación de los informes básicos solicitados por el BID. Por eso, es necesaria la adecuación a este programa, del sistema utilizado por la SEFAZ en el PROFISCO, o el desarrollo de un módulo de gestión financiera integrado al sistema del Estado–S2GPR, con capacidad para la generación de los procesos de desembolso y de los estados financieros del proyecto. La SESA deberá comprobar la implementación y funcionamiento de ese mecanismo de gestión financiera para el proyecto, en conformidad a los requisitos del BID.
- 6.4 **Desembolsos y flujo de recursos.** El programa operará con recursos adelantados por el Banco, que deberán satisfacer las necesidades reales de liquidez del proyecto, por un periodo de hasta 6 meses. La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados será realizada de forma ex post, por el TCE/CE y/o por un consultor designado por el Banco. A efectos de rendición de cuentas de los recursos del financiamiento y del aporte local, el Ejecutor utilizará: (i) la tasa de cambio efectiva al momento de la conversión de los fondos denominados en la moneda de la operación a la moneda local, para recursos BID, y (ii) la tasa de cambio efectiva de la fecha de pago, para los reembolsos de gastos y reconocimiento de gastos de aporte local. Los gastos considerados no elegibles por el Banco deberán reintegrarse con recursos del aporte local o con otros recursos, a criterio del Mutuario y mediante aprobación del Banco, de acuerdo con la naturaleza de la inelegibilidad.
- 6.5 **Control externo e informes.** El control externo será realizado por el TCE/CE o, en caso de su indisponibilidad, por una firma de auditoría externa aceptable por el Banco. En ese sentido, la SESA deberá presentar dentro de los 120 días de finalizado el ejercicio económico y los estados financieros debidamente auditados. Los contenidos de los informes y los dictámenes a ser emitidos deberán seguir los términos de referencia preparados por el OE y aceptados por el Banco, siguiendo las normas de auditoría internacionales vigentes y demás normas, y procedimientos observados por el Banco.
- 6.6 **Plan de supervisión financiera.** El plan de supervisión 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	Naturaleza- alcance	Plan de Supervisión		
		Frecuencia	Responsable Banco	Ejecutor
Adquisiciones	Revisión procesos de adquisición y contratación de obras y consultorías	Los indicados en el PA	Esp. sectorial y adquisiciones	UGP
	Revisión procesos arriba límites para LPI y contratación directa	Todo el período de ejecución	Esp. sectorial y adquisiciones	UGP
	Visita de supervisión	Anual	Esp. sectorial y equipo fiduciario	
Financiera	Revisión <i>ex-post</i> de desembolsos y adquisiciones.	Anual	Equipo fiduciario	UGP – TCE o Firma de auditoría externa
	Auditoría anual	Anual	Equipo fiduciario	UGP – TCE o Firma de auditoría externa
	Revisión solicitudes de desembolsos	Periódica	Equipo fiduciario	
	Visita de Supervisión	Anual	Esp. sectorial y equipo fiduciario	

- 6.7 **Mecanismo de ejecución.** El prestatario será el Estado de Ceará y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del prestatario, derivadas del contrato de préstamo. El OE será la Secretaría de Salud, que instituirá la UGP (ver POD ¶3.2), directamente vinculada al Gabinete. Además, la UGP contará con la CEL IV de la Procuraduría General del Estado, que centraliza las adquisiciones realizadas con recursos de préstamos. Se prevé la contratación de apoyo a la gestión de las acciones del programa y la supervisión de las obras.