

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **NICARAGUA**

### **PROGRAMA MULTISECTORIAL DE ATENCIÓN A DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL CORREDOR SECO**

**(NI-L1143)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Emmanuelle Sánchez-Monin (SPH/CPN), Jefe de Equipo; Leonardo Pinzón (SPH/CNI), Co-jefe de Equipo; Daniel Torres (TSP/CNI) Jefe alterno; Santiago Castillo (FMP/CNI); Thierry Delaunay (WSA/CNI); Mónica Lugo (LEG/SGO); Osmin Mondragón (FMP/CNI); Reyna Pasos (CID/CNI); Ricardo Pérez-Cuevas (SPH/CNI); Heidi Fishpaw, Erik Lindblom y Juan Carlos Vásquez (VPS/ESG); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).

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

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO .....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación .....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	9
C. Indicadores Claves de Resultados.....	13
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS .....</b>	<b>13</b>
A. Instrumentos de Financiamiento .....	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales .....	14
C. Riesgos Fiduciarios .....	15
D. Otros Riesgos del Proyecto .....	15
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>16</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	16
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	19

## **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. Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y Plan Operativo Anual (POA)
2. Plan de Monitoreo y Evaluación
3. Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)
4. Plan de Adquisiciones

### **OPCIONALES**

1. Análisis Económico del Proyecto
2. Enlace Técnico y Referencias
3. Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG)
4. Reglamento Operativo del Programa (Preliminar)
5. Estado de Avance de los Proyectos de Inversión
6. Filtros ambientales

## ABREVIATURAS

A&S	Agua y Saneamiento
AVAD	Años de vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CBC	Casas Bases Comunitarias
CO	Capital Ordinario
CS	Centro de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ES	Estelí
ESAF	Equipos de Salud Familiar
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
HP	Hospitales Primarios
Jl	Jinotega
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
MR	Matriz de Resultados
MT	Matagalpa
MTI	Ministerio de Transporte e Infraestructura
MZ	Madriz
NS	Nueva Segovia
OE	Organismo Ejecutor
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
PS	Puestos de Salud
PSG	Plan de Salvaguardias de Gestión
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SECI	Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
UCFE	Unidad Coordinadora de los Fondos Externos

**RESUMEN DEL PROYECTO  
NICARAGUA  
PROGRAMA MULTISECTORIAL DE ATENCIÓN A DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL  
CORREDOR SECO  
(NI-L1143)**

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario:	Fuente	%	Monto (US\$)
República de Nicaragua	BID (CO Regular):	60	79.800.000
	BID (CO Concesional):	40	53.200.000
	BID:	100	133.000.000
Organismo Ejecutor:	Local:		5.000.000
Ministerio de Salud (MINSA)	Total:		138.000.000
Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI)			
	CO Regular (FFF) <sup>(a)</sup>		CO Concesional
Plazo de amortización:	25 años		40 años
Período de desembolso:	5 años		
Período de gracia:	5,5 años		40 años
Tasa de interés:	Basada en LIBOR		0,25%
Comisión de crédito:	(b)		N/A
Comisión de inspección y vigilancia:	(b)		N/A
Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años		N/A
Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América		
Esquema del Proyecto			
<b>Objetivo del proyecto/descripción:</b> El objetivo del programa es mejorar la salud de la población a través de la gestión territorial de la salud y algunos de sus determinantes más significativos en áreas priorizadas, impulsando prácticas de salubridad, mejorando las vías de acceso, la cobertura y calidad de los servicios de salud, con el fin de acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y frenar el avance de las principales enfermedades crónicas.			
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:</b> Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) la aprobación y entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP), previamente acordado entre el prestatario y el Banco; y (ii) que el MINSA haya contratado al equipo técnico-operativo mínimo que se dedicará exclusivamente a la ejecución del programa (¶3.14).			
<b>Condiciones contractuales especiales de ejecución:</b> (i) Previo al desembolso de los recursos correspondientes al Componente 1 se deberá haber: (a) suscribir un convenio interinstitucional entre las entidades involucradas, en el cual se acuerden las responsabilidades de cada institución y mecanismos de coordinación; y (b) constituir los Equipos de Gestión que coordinarán las inversiones en cada municipio priorizado (¶3.5); y (ii) durante la ejecución del programa: (a) el MINSA deberá presentar semestralmente evidencia de que ha dado cumplimiento a las acciones del Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG) vigente y acordar con el Banco la actualización del mismo plan (¶3.16); y (b) los organismos co-ejecutores deberán cumplir con las condiciones socio-ambientales especiales establecidas en el Anexo B del <a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a> (¶2.4).			
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna			
Alineación Estratégica			
Desafíos <sup>(c)</sup> :	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales <sup>(d)</sup> :	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>

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

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

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

<sup>(d)</sup> 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 **Retos de salud ante múltiples transiciones.** En Nicaragua, la mejora de los indicadores nacionales de salud<sup>1</sup> coexiste con marcadas disparidades territoriales a expensas de las áreas rurales dispersas, donde también se concentra la mayor pobreza. En las regiones del Caribe Norte, Centro Norte y las Segovias (Mapa 1.1), entre 30% y 50% de la población está en el quintil más pobre de la distribución nacional de bienestar<sup>2</sup>. En estas mismas regiones, que cubren los departamentos de Madriz (MZ) Nueva Segovia (NS) y Estelí (ES) (“Las Segovias”) y Jinotega (JI) y Matagalpa (MT) (“Centro-Norte”), los indicadores de salud y nutrición ostentan las mayores desventajas. Así, los departamentos de MZ y NS presentan la más alta incidencia de nacimientos de bajo peso (12%), 1/3 mayor a la media nacional, lo cual afecta el estado nutricional y de salud a lo largo de la vida. Uno de cada tres recién nacidos de bajo peso presentará desnutrición crónica en la niñez (el doble de la prevalencia general), y esa condición establece un círculo vicioso al aumentar la propensión a contraer infecciones -que deterioran aún más el estado nutricional del niño—, así como el riesgo de desarrollo en la edad adulta de las enfermedades crónicas más prevalentes: la diabetes, hipertensión arterial, y la enfermedad renal crónica. Así, la mortalidad por diarrea y neumonía en menores de 5 años es de 30 por 1.000 menores, contra 21 a nivel nacional. En los cinco Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)<sup>3</sup> del Centro Norte y las Segovias, la transición epidemiológica es manifiesta. La problemática de enfermedades transmisibles, mala nutrición y afecciones perinatales, si bien en descenso, continúa siendo significativa en el área rural, mientras crecen rápidamente en toda la población la carga de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), y la carga por discapacidad (producto de afecciones congénitas, secuelas y complicaciones de accidentes, de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) -como el Chikunguña, Dengue, y el Zika- y de las mismas ECNT), incrementando la demanda de cuidados especiales primarios y especializados.
- 1.2 Otra transición es el cambio climático, que constituye un factor adicional de deterioro de la salud, patente en especial en los municipios que conforman el llamado “Corredor Seco de Nicaragua” —entre ellos, los de Las Segovias y el Centro Norte. En este corredor, la sequía crónica y creciente (debido en gran parte al uso insostenible de recursos naturales) provoca, no solamente escasez de agua, sino también su contaminación y la del aire. Ello afecta la resiliencia de la población, con múltiples impactos en su salud por el estado nutricional, debido a las enfermedades relacionadas con agua contaminada, con el aire y el polvo. En particular, la incidencia de ETV -siendo la malaria y el dengue los más significativos- está volviendo a crecer, debido a la proliferación de vectores como los mosquitos, propiciada por el cambio climático -entre otros factores por el almacenamiento inadecuado del agua. Así, el Ministerio de Salud (MINSa) reporta

---

<sup>1</sup> Entre 2005 y 2015, la esperanza de vida aumentó de 68 a 75 años, la mortalidad materna bajó de 89 a 38 por 100.000 nacidos vivos (NV) y la neonatal de 16 por 1.000 NV en 2007 a 8 en 2012. (Ver [EEO#2](#) [1], [2], [3]).

<sup>2</sup> [EEO#2](#) [3].

<sup>3</sup> SILAIS: delegación desconcentrada del MINSa a cargo de la administración de la red pública en el territorio correspondiente, en general, a un departamento. En el resto del documento, SILAIS se refiere según contexto a la entidad o al territorio atendido.

un incremento en la tasa de malaria por 10.000 personas de 46,9%; y del dengue sospechoso de 16,6%, entre abril 2016 y abril de 2017. La vigilancia tiene limitaciones, no se cuenta con la capacidad de laboratorios para establecer oportunamente el diagnóstico de malaria o dengue, lo cual atrasa la atención y la contención del contagio.

- 1.3 Las transiciones simultáneas crean demandas rivales sobre el sistema de salud, que implican encontrar las formas más costo-efectivas de mejorar, no solamente la cobertura sino también la calidad de los servicios, y atender las múltiples cargas en todos los niveles de resolución de la red sanitaria.

**Mapa 1.1. Desnutrición Crónica en Menores de 5 años**



- 1.4 **Determinantes fuera del sector salud, como la salubridad del entorno y la accesibilidad geográfica, afectan la salud de los más pobres.** Las disparidades en salud se relacionan con brechas de acceso a servicios básicos, además de la calidad y uso de los servicios sanitarios, haciendo necesario un abordaje integrado de varios determinantes de la salud. Los principales determinantes son, en primer lugar, la salubridad del entorno, a su vez condicionada por la disponibilidad y calidad del Agua y Saneamiento (A&S)<sup>4</sup>, y, en segundo lugar, la accesibilidad geográfica a la red sanitaria. Existe un vínculo positivo entre calidad ambiental, salud y el acceso a A&S<sup>4</sup>. En Nicaragua, las pérdidas económicas provocadas por la falta de saneamiento e higiene ascendieron en 2009 a US\$95 millones<sup>5</sup>, 75% relacionadas al deterioro de la salud. El Sistema de Información de A&S Rural (SIASAR) refleja que, en febrero 2017, solamente 43,6% de las viviendas rurales de Nicaragua disponen de un sistema de agua mejorado y 49,8% de acceso a un saneamiento mejorado, cuando estos indicadores para América Latina son respectivamente 84% y 64%. La falta de saneamiento y de higiene ocasiona más de 4,6 millones de episodios de trastornos o infecciones y casi 500 muertes prematuras anuales<sup>6</sup>. En este

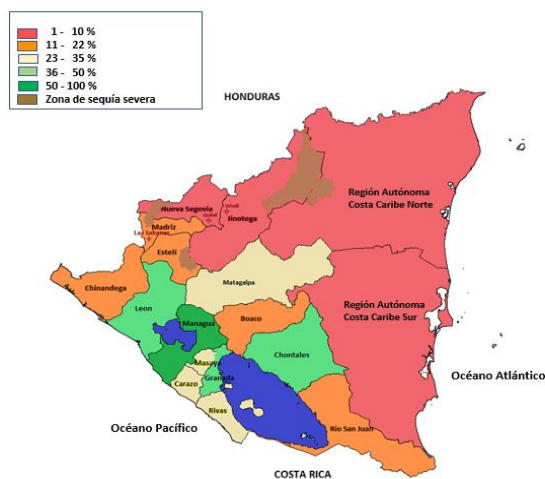
<sup>4</sup> [EEO#2](#) [4].

<sup>5</sup> [EEO#2](#) [5].

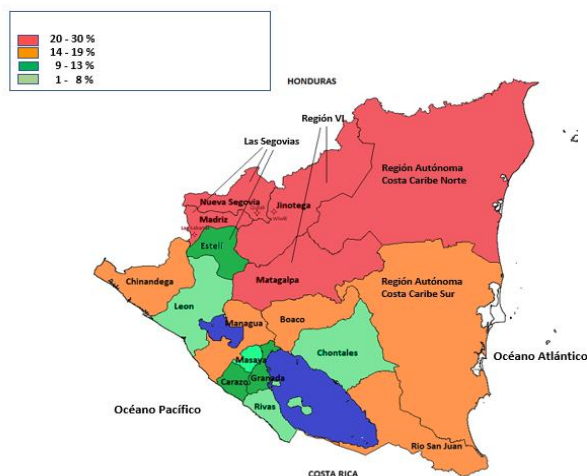
<sup>6</sup> [EEO#2](#) [5].

sentido, el Mapa 1.2 ratifica la existencia de las disparidades territoriales. Ante la falta de agua potable, la población rural recoge agua de fuentes no siempre seguras, almacena dicha agua y la manipula de forma que puede contribuir a la transmisión de enfermedades, así como a la proliferación de vectores de enfermedad.

Mapa 1.2. Agua Potable en la Vivienda



Mapa 1.3. Desnutrición Crónica en Menores de 5 años



- 1.5 En A&S, el Banco ha apoyado el desarrollo de sistemas de agua, drenaje y saneamiento urbanos, y está preparando el proyecto de Mejora y Gestión Sostenible de Servicios de agua potable y saneamiento en zonas urbanas y periurbanas (NI-L1145) –mientras el Gobierno ajusta el marco institucional de este sector para atender al área rural. De forma complementaria a este programa, la operación NI-L1145 incluye el mejoramiento de los sistemas de A&S del casco urbano de dos de los tres municipios objetos del primer componente. Otros cooperantes (como la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación - COSUDE) han documentado que, en el área rural particularmente, la participación de la comunidad<sup>7</sup>, la activación de los usuarios por un lado y la integración de actores sectoriales y locales, por otro lado, por medio de intervenciones localizadas y mecanismos descentralizados, han logrado resultados que se sostienen gracias a su apropiación por las comunidades. Las intervenciones de salubridad del entorno propuestas en este programa buscan aprovechar la experiencia del MINSA y el desarrollo de la red comunitaria de salud si bien no para incidir sobre la cobertura de A&S (para lo cual el MINSA no tiene mandato), sí para un uso más seguro y protección del recurso hídrico (§1.25).
- 1.6 **Las condiciones de los caminos y el transporte colectivo limitan el acceso de la población rural a la red de salud.** La última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011 2012) registra la falta de transporte como razón significativa de no acudir a servicios esenciales, particularmente en las regiones priorizadas y el Caribe. Una evaluación de impacto realizada en Nicaragua indica que la mejora de caminos rurales tiene efecto positivo en el bienestar de la población con reducción de tiempo y desarrollo de servicios de

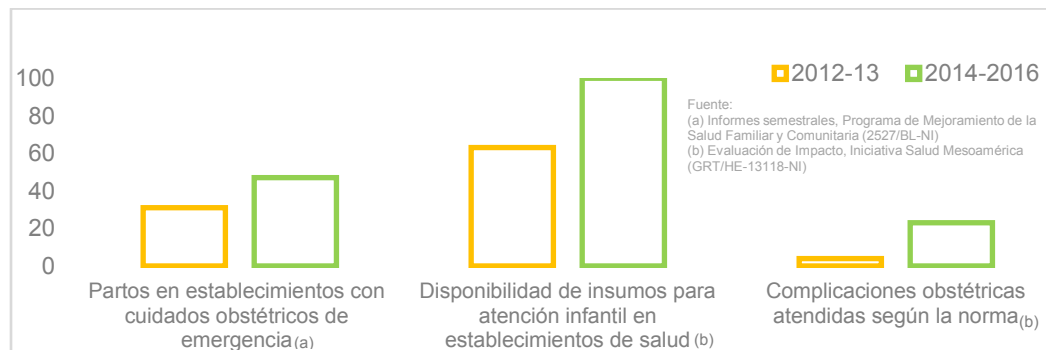
<sup>7</sup> Método "Familia, Escuela y Comunidad Saludables"-FECSA- (intervenciones a muy baja escala con participación comunitaria y estrategia de cambio de comportamiento) [EEO#2](#) [6].



transporte, y mejora en indicadores de educación y salud<sup>8</sup>. Así, las vías hacia los hospitales de referencia de las Segovias y Centro-Norte constan de 5.959 km de caminos no pavimentados, donde se transita a 20 km por hora en promedio, y 1.349 km adicionales de caminos revestidos. La falta de integración vial en estas zonas rurales es una limitante de acceso a los servicios básicos de salud que limita el uso y la oportunidad de la atención (§1.10), ya que está pavimentado solamente el 30% de las vías colectoras principales.

- 1.7 **Debilidades en la operación del transporte colectivo.** El servicio de transporte colectivo intermunicipal es regulado por el Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI), y el intra municipal le corresponde al Gobierno Municipal. Este transporte se realiza en unidades de 30 pasajeros o más, la mayoría con más de 20 años de servicio, altos costos de operación y bajas especificaciones de comodidad. La frecuencia del servicio es baja. Se utilizan pequeñas embarcaciones a motor para 20 o 30 pasajeros (pangas), en ríos navegables que conectan cabeceras municipales y otras regiones más alejadas (de Jinotega y Nueva Segovia), pero la oferta de servicio colectivo fluvial es poco desarrollada, irregular, y con frecuencia de servicio aún más baja que en las rutas terrestres.
- 1.8 **Persisten brechas de cobertura y calidad de la atención en salud que hacen necesario seguir implementando el modelo de salud, basado en la comunidad e integrado.** Los avances en la salud materno infantil señalados al inicio de este documento son frutos del mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud que sostiene el MINSA, mediante el fortalecimiento de la provisión de servicios bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Los programas financiados por el Banco han contribuido a estos avances (Gráfico 1.1). El MOSAFC descansa en una gestión desconcentrada de los servicios por los SILAIS (pie de página 3) y se asienta en un sólido nivel de atención primaria, articulada con servicios de mayor complejidad en redes integradas. El modelo promueve la participación de la población en el abordaje de los problemas de salud a través de estrategias que aprovechan una plataforma comunitaria cada vez más activa (§1.12).

**Gráfico 1.1. Mejoras en cobertura y calidad de servicios materno-infantiles con apoyo del BID**



- 1.9 El MINSA ha incorporado nuevo personal en atención primaria con recursos liberados por un Plan de Retiro -con financiamiento del Programa de Fortalecimiento de la Salud Comunitaria en el Corredor Seco (2986/BL NI)-, priorizando la constitución de los Equipos de Salud Familiar (ESAF), responsables

<sup>8</sup> [EEO#2](#) [7].

de la atención comunitaria y en los Puestos de Salud (PS) y Casas Bases Comunitarias (CBC) de la población de un “sector” (unidad territorial de base del MOSAFC). Los ESAF todavía cuentan con dos personas en promedio (no las tres requeridas) y el personal, por su reciente incorporación y por las transformaciones clínicas y de gestión que trae el modelo, requiere esfuerzos sostenidos de capacitación y acompañamiento. La extensión del modelo en el área rural requiere mecanismos ágiles e incentivos, como los descritos en ¶1.14 y ¶1.28.

- 1.10 **La ampliación de la atención primaria y comunitaria pone de manifiesto la necesidad de completar o mejorar la infraestructura** de los PS o CBC (las “sedes de sector”). En los cinco SILAIS priorizados (ver ¶1.1), entre un 20% y un 50% de los sectores no cuenta con sede propia, o ésta no cuenta con las condiciones para la atención de la población, ni para la estadía segura del personal durante sus días de turno. Otro elemento del MOSAFC, que ha sido innovador, es el despliegue en municipios rurales de Hospitales Primarios (HP) -unidad intermedia en la tipificación de establecimientos entre el Centro de Salud y el Hospital General. Los HP reducen la llamada “segunda demora”, factor crítico de morbi-mortalidad evitable<sup>9</sup>, al ofrecer en municipios rurales atención de emergencia, cirugía básica y cuidados obstétricos y neonatales esenciales, evitando que la población rural tenga que buscar atención esencial a más de un día de viaje de su comunidad. En el área priorizada, 7 de los 13 HP requieren mejoras para cumplir con los estándares de habilitación del MINSA. Con el apoyo del Banco, Redes Integradas de Salud I y II (1897/BL-NI y 2789/BL-NI), los dos hospitales del Centro Norte han sido rehabilitados, reduciendo las referencias hacia Managua, pero por falta de recursos, la región Las Segovias no fue alcanzada y está priorizada en esta operación.
- 1.11 **Mejorar atenciones a lo largo de la vida y activar usuarios.** La transición epidemiológica señalada en el ¶1.1, demanda la mejora de la atención materno infantil, la prevención, el abordaje oportuno e integral de las ECNT y la oferta de “cuidados especiales” (de prevención y atención a discapacidades) bajo un modelo integrado. Solamente 7 de los 50 Centros de Salud y HP de los 5 SILAIS, ofertan cuidados especiales (de fisioterapia/estimulación) y la atención primaria prestada carece de continuidad con los servicios de rehabilitación hospitalarios (concentrados en Managua y los hospitales regionales), y con las atenciones basadas en la comunidad del programa de inclusión para personas con discapacidad, “Todos con Voz”.
- 1.12 El MINSA está promoviendo estrategias comunitarias -como el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) o los clubes juveniles dentro de la Estrategia de Salud y Desarrollo integral de los adolescentes- que se encuentran alineadas con mejores prácticas relacionadas con el fomento de comportamientos saludables y la reducción de las conductas de riesgo, promoviendo el rol activo de la población en la construcción de su salud. Ello requiere de la captación y capacitación sostenida de una red de promotores comunitarios, que, como pares, modelan y apoyan comportamientos saludables y diseminan el conocimiento. Asimismo, la pertinencia de los mensajes requiere de la actualización regular de las investigaciones formativas que los sustentan, dándoles la palabra a los propios protagonistas para identificar las barreras que

---

<sup>9</sup> [EEO#2](#) [8]. La primera demora es en buscar atención, la segunda, para acceder a la red de servicios, y la tercera, para recibir atención. El transporte y la capacidad resolutive (infraestructura, personal calificado) de la red incide en esta segunda demora.

encuentran para lograr mejorar su salud. Así, PROCOSAN requiere actualizar la investigación (realizada en 2002) que informó su estrategia de consejería, y el abordaje de adolescentes debe aprovechar más los medios de comunicación de preferencia de este estrato sociodemográfico: la comunicación vía mensajerías y redes en teléfonos móviles. Finalmente, la evidencia demuestra que las inversiones en infraestructura (sanitaria, vial o de agua y salubridad) tienen un impacto positivo en la salud, solamente si los protagonistas cambian su comportamiento en la higiene dentro y fuera del hogar, el uso de servicios preventivos, y la búsqueda oportuna de atención.

- 1.13 Finalmente, la morbilidad y mortalidad por ECNT va en ascenso constante, lo que se traduce en alta demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representan el 40% del total de muertes. Entre 1997 y 2014, en el grupo de más de 50 años, la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular pasó de 563 a 648 y la de diabetes de 147 a 195 muertes por 100.000 habitantes. En las mujeres el cáncer cervical es la primera causa de muerte por cáncer, la tasa es de 31 por 100.000 mujeres, la más alta de América Central, y la tasa de muerte por Enfermedad Renal Crónica (ERC) es de 42,8 por 100.000 habitantes. La falta de un modelo de atención primaria para enfermos crónicos que abarque una detección y diagnóstico temprano y sistemático y un tratamiento de buena calidad resulta en alta proporción de pacientes que se diagnostican en estadios avanzados o con complicaciones agudas, saturando los servicios especializados e incrementando la letalidad de enfermedades. Un tratamiento oportuno reduce el riesgo de complicaciones agudas (crisis hipertensivas, descompensación de pacientes con diabetes) y retrasa la aparición de complicaciones crónicas evitando hospitalizaciones innecesarias. Hace falta acelerar la implementación del censo nominal para la ERC y articularlo con un registro nominal de pacientes crónicos en general (con hipertensión, diabetes y/o cáncer).
- 1.14 **Lecciones aprendidas y relación con otras operaciones del Banco.** La cartera actual de programas de salud enfatizó inicialmente (2010-2013) la salud materno-infantil en el Caribe-Norte y Centro-Norte (Mapa 1.4), contribuyendo a los logros señalados. El Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria desarrolló un mecanismo innovador de transferencia al MINSA por persona atendida, que apoya la extensión de prestaciones de conocida costo-efectividad, verificadas con una auditoría técnica. El MINSA recibe una porción decreciente del costo incremental de proveer los servicios, contra la evidencia de las atenciones a la población. Una lección aprendida es que las transferencias por persona atendida han sido clave para alcanzar comunidades rurales, minimizando los costos de transacción e incentivando el alcance de coberturas efectivas, lo cual ha permitido mejorar indicadores finales de maternidad segura y sobrevivencia infantil. Por ello en este programa se aplicará este mecanismo para apoyar el despliegue de prestaciones nuevas como es la detección y atención primaria a enfermos crónicos, así como el seguimiento a personas con discapacidad con cuidados especiales en la comunidad y en el primer nivel de atención (ver ¶1.28).



alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de: (i) inclusión social e igualdad a través de un mayor acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud y conectividad, focalizado en áreas con altos índices de pobreza, consecuentemente, contribuyendo a reducir las enfermedades transmisibles y la mortalidad materna e infantil. El programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad por la ampliación de los servicios dirigidos a mujeres en edad fértil, embarazadas y madres, y por el fortalecimiento de los servicios para adolescentes, intervenciones que propician la inclusión de grupos vulnerables y sub-atendidos.

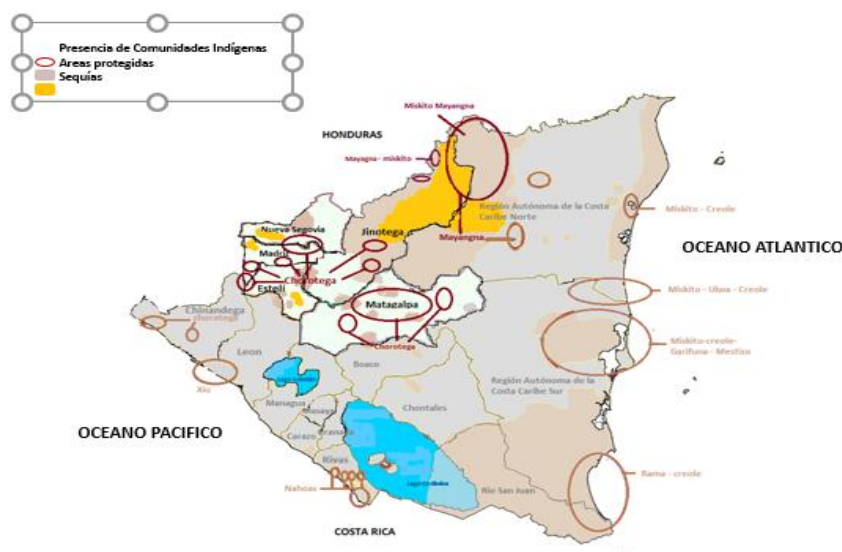
- 1.19 El programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos (CRF, según sigla en inglés) 2016 2019 (GN-2727-6) mediante la reducción de la mortalidad materna e infantil, y el aumento del indicador de personas que se benefician de servicios de salud. La selección de intervenciones integrales y costo efectivas, y el apoyo a los aspectos de salud comunitaria y red integrada basada en la Atención Primaria en Salud, son consistentes con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7). El Componente 1 es consistente con la Estrategia de Infraestructura Sostenible para la Competitividad y el Crecimiento Inclusivo (GN-2710-5), al construir y mantener infraestructura para proveer servicios de calidad que promuevan el crecimiento sostenible e inclusivo, alineándose también con el Marco Sectorial de Transporte (GN-2740-7), por la rehabilitación de sistemas viales hacia la plena utilización de activos existentes e intervenciones, con enfoque multisectorial, para atender necesidades integrales para localidades rurales, aisladas y para países pequeños.
- 1.20 La operación contribuirá a: (i) mejorar la calidad de la atención a lo largo del ciclo de vida; y (ii) fortalecer prácticas sostenibles y de participación, alineándose con la Estrategia de País con Nicaragua 2012-2017 (GN-2683) que prioriza reducir la desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna y neonatal en áreas rurales pobres y mejorar el acceso a servicios básicos y mercados mediante la mejoría de la infraestructura vial. El programa está incluido en el Programa de Operaciones 2017 (GN-2884).
- 1.21 La operación se alinea con el tema transversal de cambio climático y sostenibilidad ambiental. Se estima que un 4,16% de los recursos de la operación se invierten en actividades de mitigación al cambio climático, según la metodología conjunta de los Bancos Multilaterales de Desarrollo (BMD) de estimación de financiamiento climático. Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin del año 2020.

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

- 1.22 El objetivo del programa es mejorar la salud de la población a través de la gestión territorial de la salud y algunos de sus determinantes más significativos en áreas priorizadas, impulsando prácticas de salubridad, mejorando las vías de acceso, la cobertura y calidad de los servicios de salud, con el fin de acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y de frenar el avance de las principales enfermedades crónicas.
- 1.23 **Focalización.** El Mapa 1.5 identifica el ámbito geográfico focalizado del programa en su conjunto, y los municipios específicos que serán atendidos en el Componente 1. Los SILAIS priorizados corresponden a los departamentos de NS,

MZ, ES, MT<sup>11</sup> y JI, cuentan con una población de 1,7 millones de personas entre los cuales cerca de 250.000 son menores de cinco años y 459.000 mujeres en edad fértil. El programa consta de tres componentes. El Componente 1 focaliza los municipios de Wiwilí (JI), Quilalí (NS) y Las Sabanas (MZ), teniendo en cuenta que: (i) presentan amplias brechas de servicios de A&S<sup>12</sup>, acceso y servicios de salud, requiriendo una intervención multisectorial<sup>13</sup> para mejorar los indicadores de salud; (ii) cada uno pertenece a un SILAIS diferente; y (iii) tiene características geográficas diferentes. La multisectorialidad se refleja en la gestión territorial integrada que permite abordar el impacto de las condiciones de los caminos y del servicio de transporte como determinantes de la salud; las mejoras tanto en las condiciones físicas de las vías como de operación del servicio, se justifican dentro de un concepto integral de calidad del servicio de salud, en su dimensión de accesibilidad (ver ¶1.6 y ¶1.7). La mejora es un mantenimiento mayor, consistente en aplicar una carpeta nueva de pavimento en toda la vía. También se prevé mantenimiento básico solamente abarca un recuadro de carpeta nueva en un área específica dañada.

**Mapa 1.5. Focalización del Programa**



- 1.24 **Componente 1. Gestión territorial de determinantes de la salud (US\$23,4 millones).** Los objetivos de este componente son: (i) gestionar y desarrollar un conjunto de inversiones en salud, salubridad del entorno y de acceso a servicios básicos bajo un enfoque multisectorial; y (ii) implementar una estrategia de fomento de prácticas saludables en el hogar y su entorno.
- 1.25 En cada municipio priorizado se financiará: (i) la conformación de un equipo de gestión responsable de implementar el plan de inversiones para cada municipio participante; y (ii) la implementación de cada plan que comprende: (a) la construcción/habilitación de Centros de Salud (CS), PS, CBC y casas maternas;

<sup>11</sup> Aunque Waslalá pertenece políticamente al Caribe Norte, está atendido administrativamente por el Departamento de Matagalpa (en cuanto a salud, por el SILAIS-Matagalpa) debido a la lejanía de la cabecera regional, e incluido en este SILAIS para fines del Programa.

<sup>12</sup> Las actividades de A&S se refieren al mejoramiento de la calidad de agua implementadas por MINSA, por medio de brigadistas e higienistas principalmente.

<sup>13</sup> El alcance de los productos está detallado en la Matriz de Resultados (MR).



- (b) la entrega de paquetes y salubridad para mejoramiento de la calidad de agua de la vivienda en unas 70 comunidades rurales y en el casco urbano de los municipios priorizados; (c) la mejora de la vía colectora rural que conecta las unidades de salud de referencia de Quilalí y Wiwilí<sup>14</sup>; (d) medidas regulatorias que mejoren las rutas de transporte colectivo intermunicipal hacia unidades de salud intervenidas, ajustando su cobertura y frecuencia; (e) el mantenimiento básico de la infraestructura vial mejorada –ver (c); y (f) otras obras viales priorizadas.
- 1.26 De manera transversal a los planes de inversión se implementará: (i) una estrategia para la concientización y fomentar prácticas saludables de higiene, saneamiento, protección de fuentes, filtración, almacenamiento y manipulación seguros del agua y la búsqueda oportuna de atención a través de diálogos con la comunidad, educación de pares y consejerías grupales ejecutada por los equipos de gestión territorial bajo el mecanismo de transferencias del nivel central; y (ii) planes municipales de mantenimiento de obras para cada municipio priorizado.
- 1.27 **Componente 2. Mejoramiento de la calidad de la atención en salud (US\$90,6 millones).** El objetivo es mejorar la calidad de la atención en salud por ciclo de vida fortaleciendo la gestión clínica, la gestión del MOSAFC y la capacidad resolutive de la red de servicios.
- 1.28 **Subcomponente 2.1. Consolidación de la gestión clínica a lo largo del ciclo de vida.** Financiará: (i) la implementación de la estrategia de educación para el cambio de prácticas de alimentación infantil y crianza (PROCOSAN, Lactancia Materna y Suplementación con Micronutrientes); (ii) la implementación de la Estrategia Nacional de Salud y Desarrollo Integral para Adolescentes; (iii) el mejoramiento de los protocolos de detección y manejo de las ECNT más prevalentes en el primer nivel, y la ampliación de la aplicación de dichos protocolos, mediante una transferencia al MINSA por paciente censado, registrado y atendido (aplicando el mecanismo descrito en el ¶1.14); y (iv) la consolidación de una estrategia integrada de cuidados especiales, sus respectivos protocolos y la extensión de su cobertura en el nivel comunitario y primario, también mediante transferencia al MINSA.
- 1.29 **Subcomponente 2.2. Fortalecimiento de la gestión del MOSAFC.** El objetivo es mejorar las capacidades del personal del MINSA a nivel central y territorial para gestionar y supervisar las principales intervenciones definidas en el MOSAFC, con énfasis en la sostenibilidad del modelo. Se financiará en los cinco SILAIS apoyados por el programa la: (i) aplicación de la estrategia de mejora continua de la calidad; (ii) dotación de una flota de vehículos, a direcciones municipales de salud, para la movilización de los ESAF y la supervisión; (iii) capacitación del personal para la implementación del marco de gestión ambiental del MINSA; (iv) capacitación de técnicos de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento sanitario; (v) dotación de unidades móviles de mantenimiento; y (vi) reemplazo y habilitación de los talleres de mantenimiento del SILAIS-MINSA (MZ, ES, MT, JI).
- 1.30 **Subcomponente 2.3. Mejoramiento de la capacidad resolutive de las redes priorizadas.** Se financiará el mejoramiento de la capacidad resolutive de las redes de los SILAIS priorizados, a través de: (i) el reemplazo del hospital de Ocotol (NS); (ii) la rehabilitación del hospital de Estelí y del hospital Primario de San Juan de

---

<sup>14</sup> [EEO#2](#) [12].

- Limay (ES); (iii) el remplazo de los HP en Wiwilí (JI) y Waslala (MT); (iv) la construcción y equipamiento del Hospital de Jalapa (NS); (v) el remplazo del CS de La Trinidad (ES); y (vi) la construcción de 10 y el equipamiento de al menos 30 salas de fisioterapia y estimulación temprana en municipios que no cuentan con ese servicio o tienen deficiencias en su equipamiento.
- 1.31 **Componente 3. Lucha anti epidémica y erradicación de la malaria (US\$9,8 millones).** Se financiará la consolidación del programa de lucha anti epidémica y erradicación de la malaria a nivel nacional y en municipios priorizados por su afectación epidémica, de los SILAIS del Corredor Seco, incluyendo Chinandega, y de la región de Caribe Norte y Sur, a través de dos subcomponentes.
- 1.32 **Subcomponente 3.1. Fortalecimiento de la vigilancia de ETV.** Financiará: (i) la formación de personal especializado con énfasis en la detección, el uso focalizado de pruebas rápidas y el análisis epidemiológico; (ii) la modernización del equipamiento del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencias, y de laboratorios regionales; y (iii) la construcción y equipamiento de un laboratorio regional (ES).
- 1.33 **Subcomponente 3.2. Control de vectores y la prevención del contagio.** Financiará: (i) la construcción y equipamiento de una bodega regional de insumos y de la red de frío; (ii) la actualización de la matriz de responsabilidades intersectoriales de vigilancia de la calidad del agua, así como la capacitación para su aplicación; (iii) la implementación de planes de vigilancia del agua y control de vectores; y (iv) la prevención del contagio, incluyendo el manejo de febriles y de casos confirmados.
- 1.34 **Gestión y evaluación del programa (US\$2,8 millones).** Para propiciar un buen desempeño en la implementación del programa, así como el aprendizaje, en especial relacionado con el modelo territorial y multisectorial y con la ampliación de cobertura de intervenciones nuevas, se financiará: (i) asistencia técnica y personal incremental para el MINSA para avanzar con la implementación del MOSAFC, la extensión de cobertura, y la implementación de la estrategia de calidad en el nivel central, los SILAIS y municipios priorizados; (ii) una micro evaluación de procesos e impacto de la intervención multisectorial; y (iii) una macro-evaluación independiente y reflexiva. Los gastos de gestión incluyen las auditorías (financiera y técnicas). Finalmente, el financiamiento cubrirá hasta 6,4 millones en concepto de intereses.

**Cuadro 1.1. Costos de la Operación**

Componentes	BID (US\$)	Local (US\$)	Total (US\$)
1. Gestión territorial de determinantes de la salud	23.435.200		23.435.200
2. Mejoramiento de la calidad de la atención en salud	90.548.250	5.000.000	95.548.250
3. Lucha anti epidémica y erradicación de la malaria	9.750.000		9.750.000
Gestión y evaluación del programa	2.816.550		2.816.550
Costos Financieros	6.450.000		6.450.000
<b>TOTAL</b>	<b>133.000.000</b>	<b>5.000.000</b>	<b>138.000.000</b>



## **C. Indicadores Claves de Resultados**

- 1.35 La MR plantea indicadores de impacto en la salud de la población relacionados con las problemáticas que reflejan la vulnerabilidad socio-sanitaria de las regiones priorizadas. El impacto en la salud infantil y de la mujer, incluyendo las adolescentes, se reflejará en la reducción sostenida de la mortalidad materna, de la morbi-mortalidad infantil y de la desnutrición crónica, la cual, además, reducirá la propensión a desarrollar ECNT en la adultez; para la población, se espera el inicio de contención de las ECNT (como el Cáncer Cervicouterino) y el control de las ETV especialmente la malaria. Lo anterior se espera mediante el logro de los siguientes resultados: (i) disminución de los episodios y severidad de la diarrea e infecciones respiratorias agudas; (ii) adopción de prácticas saludables y sostenibles de higiene, alimentación y calidad del agua consumida en el hogar; (iii) reducción de las barreras de acceso a los servicios de salud (aumentando la velocidad de tránsito en las vías hacia las unidades de salud y la oferta de transporte colectivo); (iv) la mejora de la calidad de atención del parto institucional, y salud y nutrición infantil, con el fomento de la demanda y mejor pertinencia de la atención, en especial a adolescentes, y a comunidades étnicas; (v) una búsqueda oportuna de atención (detección de enfermos crónicos, personas con necesidades especiales- discapacidad y rehabilitación, ingreso hospitalario oportuno); (vi) la capacidad resolutoria de las redes locales; y (vii) una mejora de la vigilancia y atención oportuna de los casos de ETV. Los impactos en la salud de la mujer, la adolescente y la reducción de la morbilidad infantil contribuyen a una mejor equidad de género, y como tales serán documentados en el [EER#2](#).
- 1.36 **Análisis económico.** Respecto a los ahorros en el tiempo, frente al mejoramiento vial, se calcula que por mes cada hogar invierte el equivalente en transporte inadecuado un US\$20,87 de tiempo laboral. Si se considera los costos de las intervenciones en mejoras viales, utilizando una tasa de descuento del 10%, el VPN asciende a US\$14.650.853,83, con una razón costo beneficio de 3,23, lo cual justifica inversiones en este proyecto. Los beneficios en la salud -producto de mejor calidad y del fortalecimiento de la atención- se estiman en términos de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) ganados, producto de la morbi-mortalidad evitada gracias a estas intervenciones. Dada la inversión en estas mejoras, el costo por AVAD ganado es de US\$110,85 (ajustado sobre los cinco años de ejecución), clasificándose como muy costo efectivo según los umbrales de la Organización Mundial de la Salud ([EEO#2](#)) [12].

## **II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS**

### **A. Instrumentos de Financiamiento**

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión bajo la modalidad de Obras Múltiples: contempla proyectos independientes que deberán ser licitados durante los dos primeros años de ejecución del programa. Una muestra representativa, que equivale al 56% de los recursos del financiamiento conformada por el hospital de Ocotál y la carretera Quilalí-Wiwilí, fue evaluada durante la preparación del programa y cuenta con diseños listos para licitar en el primer semestre de ejecución del programa, o pre-diseños a licitar bajo la modalidad de diseño más construcción. Por tratarse de una operación de obras múltiples, cualquier inclusión de obras al programa deberá cumplir los siguientes criterios de elegibilidad: (i) deberán ser de la misma naturaleza técnica de los evaluados, estarán ubicados en uno de los cinco SILAIS priorizados; y (ii) tendrán

la misma clasificación socioambiental<sup>15</sup>. El costo estimado del programa es de US\$138 millones de los cuales US\$79,8 millones (60%) provendrán del Capital Ordinario (CO) Regular del Banco y US\$53,2 millones (40%) del CO Concesional y US\$5 millones será aportados por el Gobierno de Nicaragua, para el mantenimiento de las infraestructuras hospitalarias financiadas por el programa. Se ha definido un plazo de desembolso de cinco años.

**Cuadro 2.1 Flujo de Desembolsos (US\$ en miles)**

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
BID	4.300	17.300	78.300	23.000	10.100	133.000
%	3,3%	13,0%	58,8%	17,3%	7,6%	100%
Local	0	0	500	2.500	2.500	5.000

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

- 2.2 Dada la naturaleza de las intervenciones de infraestructura propuestas y de acuerdo con la Política OP-703, Directiva B.03, esta operación ha sido clasificada como Categoría B. Los impactos socioambientales son localizados, temporales y de corto plazo y se dispone de medidas de mitigación efectivas y conocidas en los sectores involucrados. Las obras serán ejecutadas en una zona expuesta principalmente a sismos, sequías e inundaciones, presentando un riesgo medio (moderado tipo 1) según la Política sobre Gestión del Riesgo de Desastres (OP-704). Bajo la Política de Acceso a Información (OP-102) se han divulgado en la página web del Banco las evaluaciones ambientales y sociales de la muestra y del programa en su conjunto. Ninguna de las obras generará reasentamiento involuntario ni expropiaciones de terrenos ya que se realizarán en terrenos libres de reasentamientos, propiedad del gobierno central.
- 2.3 Los proyectos estarán ubicados en zonas que incluyen algunas comunidades indígenas, por lo que se seguirán los lineamientos de la Política de Pueblos Indígenas (OP-765) para mitigar y prevenir cualquier riesgo e impacto ambiental y social sobre estas comunidades. Se realizarán consultas públicas siguiendo los lineamientos de la política OP-703, enfatizando la participación de las comunidades indígenas afectadas/beneficiadas por el programa.
- 2.4 La magnitud e intensidad de los impactos directos, indirectos y acumulativos del programa es media. Los posibles riesgos e impactos negativos socioambientales más críticos corresponden a la generación de aguas residuales y desechos sólidos hospitalarios; exposición a infecciones de los pacientes, trabajadores y visitantes; y contaminación del suelo por fugas y derrames de oleos durante el uso de equipos pesados; las medidas de mitigación de éstos se definen en las evaluaciones de la muestra y operación en su conjunto y con su implementación, dichos riesgos e impactos serían mitigados. Como condición especial de ejecución, los organismos co-ejecutores deberán cumplir con las condiciones socio-ambientales establecidas en el Anexo B del [Informe de Gestión Ambiental y Social \(IGAS\)](#). El Banco supervisará su cumplimiento periódicamente durante la vida del programa.

<sup>15</sup> El [EEO#5](#) presenta la lista y el estado de avance de los proyectos. Los Análisis Ambientales y Sociales y Planes de Gestión correspondientes fueron publicados en la página del Banco, MINSA y MTI, ninguno clasifica en categoría A bajo la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703).

## **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.5 Se realizó un análisis de capacidad institucional con la metodología del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI). Los resultados sugieren que el MINSA se encuentra en capacidad de ejecutar el programa, mostrando un desarrollo institucional satisfactorio con un nivel de riesgo bajo. Conviene mejorar la organización de la Unidad de Coordinación de Fondos Externos, involucrada en la gestión financiera de los programas, asegurando una adecuada asignación de personal. El MTI (co-ejecutor del Componente 1) cuenta con una sólida capacidad y experiencia fiduciaria en ejecución de proyectos, confirmada en la última actualización de SECI que muestra un desarrollo institucional satisfactorio con un nivel de riesgo bajo. El MINSA y el MTI cuentan con amplia experiencia en la gestión de proyectos del Banco: se considera el riesgo global fiduciario como medio –los arreglos descritos en la sección III y el Anexo III detallan medidas de mitigación del riesgo identificado.
- 2.6 Finalmente, el MINSA tiene una cartera amplia y compleja que requiere la articulación de múltiples áreas. El esquema de implementación descansa en estructuras institucionales (sin unidad ad hoc), un elemento en pro de la sostenibilidad. Sin embargo, esto afecta la oportunidad de la implementación dado que el gobierno busca contener la asignación de personal en los niveles centrales y de administración, haciendo cada vez más difícil sostener la calidad de ejecución lograda a la fecha por el MINSA. Para mitigar este riesgo medio se prevé la contratación de un equipo técnico-operativo, tanto en el nivel central como en los SILAIS, que se dedicará exclusivamente a la ejecución del programa (personal incremental), lo que será incluido en el Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG) descrito en el ¶3.2 e incluido como [EEO#3](#).

## **D. Otros Riesgos del Proyecto**

- 2.7 Los principales riesgos son: (i) riesgo medio relacionado con lograr una efectiva coordinación institucional y multisectorial entre el MINSA y MTI, que se mitigará a través de: (a) la suscripción de convenios interinstitucionales (ver ¶3.5); (b) el establecimiento de un Reglamento Operativo del Programa (ROP) específico para el programa (ver ¶3.2); y (c) la conformación de los equipos de gestión a nivel de cada SILAIS para responder por el plan de inversiones (ver ¶3.6); (ii) riesgo medio relacionado con la participación efectiva de los gobiernos locales y protagonistas de las comunidades beneficiarias en el desarrollo de las obras de infraestructura y su posterior mantenimiento, que se mitigará con: (a) intervenciones para fomentar el mantenimiento oportuno y la voluntad de pago (para transporte colectivo), y (b) la elaboración de un manual de participación comunitaria y plan de mantenimiento que deberá tener respaldo presupuestal a nivel municipal; (iii) riesgo medio relacionado con las limitadas capacidades institucionales en el ámbito local para ejecutar el programa. Este riesgo aplica en especial a las intervenciones de salubridad a nivel rural que constan de múltiples acciones de pequeña escala, en puntos dispersos y entornos de grandes limitaciones socioeconómicas. Esto implica un alto costo de logística y administración que puede resultar poco atractivo para proveedores con fines de lucro. Este riesgo será abordado por medio de: (a) un mecanismo de ejecución mediante transferencias al MINSA por hito del plan de inversiones en el área rural cumplido (ver ¶3.7); y (b) la contratación por MINSA del personal del equipo de gestión y para el desarrollo de las intervenciones de salubridad, con el perfil profesional y nivel de experiencia previamente acordados con el Banco; y (iv) existe riesgo

medio de falta de oferentes interesados en desarrollar las obras el ámbito rural y de manera integrada (transporte y salud), limitando o encareciendo las obras. Como mitigación, se avanzará en la identificación de posibles oferentes<sup>16</sup> antes de la elegibilidad del proyecto, coordinando con el MINSA y el MTI.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

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

- 3.1 **Ejecutor, co-ejecutor y entidades coordinadas.** El ejecutor principal del programa es el MINSA, que tiene el mandato de promover y mejorar la salud de la población. El MTI será co-ejecutor en el marco del Componente 1, responsable de las inversiones y asistencia técnica de mejoramiento vial y de la oferta de transporte colectivo como rector y responsable del Programa de Integración Vial. Otras entidades -por su mandato- participarán en la coordinación estratégica del programa, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), entidad rectora del gasto e inversión públicos y el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM), a cargo del desarrollo territorial. El Cuadro 3.1 refleja la distribución de los recursos del Componente 1 entre el Organismo Ejecutor (OE) y co-ejecutor.

**Cuadro 3.1 Desglose por ejecutor- Componente 1 (US\$)**

Ejecutor	BID	Total
MINSA	5.715.000	5.715.000
MTI	17.720.200	17.720.200
<b>TOTAL</b>	<b>23.435.200</b>	<b>23.435.200</b>

- 3.2 **Contenidos mínimos del ROP.** El programa contará con un ROP que establecerá las funciones y responsabilidades de cada institución y mecanismos de coordinación, la estructura de supervisión técnica y fiduciaria, los criterios para la revisión de elegibilidad de gastos para las transferencias previstas a los SILAIS y al MINSA en los Componentes 1 y 2, respectivamente, y la frecuencia y contenido mínimo de los informes de monitoreo, con especial atención para el Componente 1 (ver ¶3.5). El ROP además establecerá los mecanismos para dar cumplimiento a las salvaguardias ambientales y sociales según Anexo B del IGAS, incluyendo los alcances del reporte anual respectivo, e incluirá como anexo el Plan de Salvaguardias de la Gestión del MINSA (PSG, [EEO#3](#)). El plan establece acciones para asegurar alcances mínimos para la gestión de la cartera con apoyo del Banco. El MINSA será responsable de cumplir con lo estipulado en el PSG, en especial, la asignación de un equipo técnico-operativo mínimo del MINSA (tanto Central como en los SILAIS) para entregar oportunamente los productos definidos en el PEP. Este equipo será contratado bajo la modalidad de personal incremental con recursos del financiamiento<sup>17</sup>; el procedimiento correspondiente constará como anexo del ROP.
- 3.3 El MTI cuenta con la Unidad Coordinadora de Proyectos constituida por personal de planta, y responsable de la coordinación interna de los aspectos técnicos, contrataciones, socioambientales, financieros de la implementación.

<sup>16</sup> Ver Sección VI, [EEO#2](#).

<sup>17</sup> O como personal institucional.

- 3.4 Los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios (Anexo III) establecen el marco de gestión financiera y de planificación, y la supervisión y ejecución de adquisiciones. Los registros contables financieros se registrarán por la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (OP-273-6).
- 3.5 Para operativizar las coordinaciones del Componente 1 se deberá: (i) suscribir un convenio interinstitucional entre las entidades involucradas en el cual se acuerden las responsabilidades de cada institución y mecanismos de coordinación; y (ii) constituir los Equipos de Gestión que coordinarán las inversiones en cada municipio priorizado. Estos equipos estarán bajo la estructura del SILAIS correspondiente y sus responsabilidades se detallan en el párrafo siguiente. También se prevé revisar el cumplimiento con el Plan de Ejecución Plurianual (PEP), ROP y acuerdos interinstitucionales, en el marco de un consejo convocado trimestralmente y conducido por el MHCP. El Banco participará en las sesiones de cierre de semestre como parte de la revisión de cartera.
- 3.6 Los equipos de gestión serán responsables de coordinar la implementación del plan de inversión integrado de su municipio, incluyendo: (i) la relación y fortalecimiento del gobierno municipal (unidad de inversión); (ii) la realización de un solo proceso licitatorio y contrato por municipio que abarque todas las obras a ser financiadas en cada municipio<sup>18</sup>, (iii) la contratación, supervisión y/o gestión de la asistencia técnica, insumos y gastos operativos, requeridos para las intervenciones de salud y participación comunitaria; (iv) la supervisión residente y la supervisión externa de las obras; y (v) la consolidación del reporte del avance físico-financiero de las intervenciones, integrando los insumos del MTI. Los SILAIS tienen la competencia y experiencia para contratar el personal que conformará estos equipos de gestión territorial, y para asumir la ejecución desconcentrada de las actividades de salud y participación comunitaria requeridas en los territorios.
- 3.7 Finalmente, las inversiones de salubridad del entorno y participación comunitaria serán ejecutadas por el MINSA –equipo de gestión territorial, bajo un mecanismo de transferencia, del MINSA-central a cada equipo, descrito en el ¶3.11, y en las lecciones aprendidas (¶1.14).
- 3.8 **Adquisiciones y contratación directa.** Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9), y cada OE ejecutará el PA a través de sus unidades de adquisiciones existentes. Se contempla que el MINSA contrate directamente a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que lleve a cabo la auditoría técnica de la extensión de los servicios de salud, por el valor excepcional de la experiencia de esta agencia especializada -conforme al párrafo 3.10 (d) de las políticas GN-2350-9, extendiendo la metodología aplicada por OPS para servicios similares bajo el Programa de Salud Comunitaria Rural (3696/BL-NI).
- 3.9 **Gestión financiera.** Cada co-ejecutor será responsable de ejercer el registro, control y preparación de Estados Financieros Auditados de los fondos a su cargo. El MINSA manejará desembolsos del Banco hacia un solo fondo (Cuenta 1) para la ejecución de las actividades de salud y salubridad del Componente 1, los demás

---

<sup>18</sup> Los equipos de gestión se coordinarán con el Proyecto de mejora y gestión sostenible de los servicios de agua potable y saneamiento en zonas urbanas y periurbanas (NI-L1145).

componentes y los gastos de gestión; el MTI manejará otro fondo (Cuenta 2) para las inversiones de acceso vial del Componente 1.

- 3.10 **Ejecución de las intervenciones de salubridad y promoción de prácticas saludables.** El MINSA central transferirá recursos a cada equipo de gestión (SILAIS) por montos pre-establecidos<sup>19</sup> contra la evidencia del logro de hitos y productos correspondientes a las intervenciones comunitarias del Componente 1. El cumplimiento de los hitos será verificado a través de la Auditoría Técnica (ver ¶1.14, ¶1.34 y ¶3.8). En el caso del Componente 2, para las transferencias al MINSA, éste deberá presentar como detalle de gastos de las solicitudes de desembolsos, la planilla consolidada por municipio del número absoluto de personas atendidas, de acuerdo con cada indicador previsto. Las revisiones ex post de los desembolsos analizarán la elegibilidad de los gastos conforme los criterios definidos en el ROP (ver ¶1.28).
- 3.11 **Desembolsos.** Para el Componente 1: (i) el MINSA a través de su Unidad Coordinadora de los Fondos Externos (UCFE) solicita al BID el anticipo o pago directo; (ii) los recursos serán transferidos a una cuenta separada para cada municipio, conforme la planificación del plan operativo anual de la Dirección municipal de salud, con copia al SILAIS correspondiente; (iii) la justificación de desembolsos la hará la Dirección Municipal de Salud al SILAIS para su validación y envío a la UCFE-MINSA; y (iv) la UCFE-MINSA, revisa, aprueba y presenta al BID la justificación del uso de los recursos.
- 3.12 La revisión ex-post de los desembolsos y adquisiciones analizará la elegibilidad de los gastos efectuados con recursos del financiamiento que correspondan a conceptos predefinidos como elegibles.
- 3.13 **Auditoría financiera.** Con recursos del préstamo, el MINSA, en coordinación con el MTI, contratará una firma independiente elegible al Banco para auditar los estados financieros, por separado, de los fondos manejados por el MINSA y el MTI. El MINSA y el MTI recibirán adelantos por un monto suficiente para cubrir los desembolsos según el plan financiero para un período de hasta seis meses, incluyendo, en el caso de MINSA, las transferencias hacia los SILAIS según se indica en ¶3.10. Las dos entidades usarán la modalidad de anticipos de fondos de hasta un máximo de seis meses, dependiendo de la necesidad de liquidez del programa para cada OE, debiendo justificar al menos el 50% del anticipo anterior para procesar un nuevo anticipo.
- 3.14 **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) la aprobación y entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP), previamente acordado entre el prestatario y**

---

<sup>19</sup> Costo estimado de personal, materiales e insumos necesarios para las intervenciones. El gasto elegible es la transferencia de MINSA central al SILAIS, no se requerirá de la aprobación previa de un plan operativo para estas intervenciones. Los gastos efectivamente realizados por cada SILAIS serán registrados, y verificados en forma ex post, a través de una auditoría financiera, comprobando que: (i) corresponden a concepto elegibles; (ii) están relacionados a la entrega de los productos del PEP: "Familias del área rural beneficiadas con paquete de apoyo a prácticas saludables en el hogar y entorno", "Sedes de sector rurales mejoradas en su infraestructura" y "Acuerdos sociales comunitarios que incorporan la promoción de prácticas saludables en comunidades rurales suscritos entre la comunidad y la dirección municipal de salud y evaluados"; (iii) en las áreas priorizadas; y (iv) cumpliendo procedimientos de adquisiciones acordados previamente.

**el Banco; y (ii) que el MINSA haya contratado al equipo técnico-operativo mínimo que se dedicará exclusivamente a la ejecución del programa.**

- 3.15 Contar con el ROP y el equipo técnico-operativo mínimo al inicio de la operación es indispensable dada la naturaleza multisectorial de la operación, la multiplicidad de intervenciones y para identificar y asegurar la coordinación técnica y operativa necesaria para las actividades desde su inicio.
- 3.16 Condiciones contractuales especiales de ejecución: Se prevé que previo al desembolso de los recursos correspondientes al Componente 1, se cumpla lo estipulado en ¶3.5 (i) y (ii). Estas condiciones son necesarias para acordar oportunamente las responsabilidades de cada institución y contar con el recurso humano para implementarlas y durante la ejecución del programa el MINSA deberá presentar semestralmente evidencia de que ha dado cumplimiento a las acciones del PSG vigente y acordar con el Banco la actualización del mismo plan. Esta es una condición vinculante para facilitar el monitoreo formal por parte del Banco y el Prestatario en el marco de las revisiones de cartera. Si en un semestre las partes determinasen que el PSG presenta incumplimientos sustanciales, esta operación estaría clasificada en alerta.

#### **B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados**

- 3.17 El desarrollo de las actividades del programa seguirá una programación instrumentada a través del PEP que indica metas estratégicas para el programa completo. La planificación y seguimiento operativos se harán en el Plan Operativo Anual (POA), el cual podrá ser modificado basado en el avance real del programa y previa aprobación del Banco; las revisiones anuales del PEP deberán ser remitidas a aprobación del Banco.
- 3.18 El MINSA, con los insumos del MTI en el caso del Componente 1, preparará los POA sobre la estructura de los productos estipulados en la MR y PEP, también estructurará de igual forma los reportes e informes semestrales de avance, (Arreglos para Monitoreo y Evaluación) que describan los logros y avances del programa, plantearán los retos para el siguiente semestre y la actualización de la planificación del período siguiente.
- 3.19 Se desarrollarán dos evaluaciones: (i) una micro-evaluación de procesos e impacto de la inversión multisectorial en los municipios priorizados con el fin de determinar cuál habrá sido su impacto en el estado de salud de la población. Con base en la propuesta de intervención definida para fortalecer intervenciones multisectoriales en salud a través de una red integrada de servicios de salud con enfoque en atención primaria y para ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como la promoción y mejoría de la salubridad del entorno, la metodología propuesta para la evaluación es la construcción de cohortes sintéticas, ya que la realización de un método experimental no resulta factible. Se utilizará un método cuasi-experimental que tendrá en cuenta las características propias de la intervención. Para construir las cohortes en el proyecto de salud se propone tomar información de los SILAIS de NS, MZ, ES, MT y JI. En particular, el control sintético lo conformarán todos los municipios de los departamentos de MT y ES, y el resto de los municipios de JI, NS y MZ (previa exclusión de Wiwilí, Quilalí y Las Sabanas, respectivamente; es decir, los municipios de tratamiento). Para la construcción de las cohortes se propone el uso de información de

morbi-mortalidad y socioeconómica tal como mortalidad por condición, prevalencia de enfermedades crónicas, porcentaje de población con ingreso bajo, envejecimiento y porcentaje de población rural, entre otras; y (ii) una evaluación independiente y reflexiva documentará el avance en los indicadores de impacto y de resultado, según la MR y verificará los niveles de base identificados durante la preparación. Se profundizará sobre los factores que influyen en el desempeño del programa. Para esto se usarán las estadísticas oficiales de morbi-mortalidad en los municipios beneficiados, registros institucionales del MINSA, reportes de la Evaluación Externa de Desempeño del NI-L1095 (3696/BL-NI), información adicional que se proporcione, entrevistas a informantes clave y por grupos focales. Para garantizar la robustez del análisis se verificará la confiabilidad y validez de la información en las distintas fuentes y su potencia estadística ([EER #2](#)).



Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Sí	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
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 (#)* -Hogares con acceso nuevo o mejorado a agua potable (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país	Sí	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2683	i) Contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en especial en el área rural pobre del país, y ii) Reducir la desnutrición crónica en niños dentro de la venta de los 1.000 días, en comunidades rurales pobres y urbano marginales.
Matriz de resultados del programa de país	GN-2884	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2017.
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		
3. Evaluación basada en pruebas y solución	Evaluable	
3.1 Diagnóstico del Programa	7.2	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	1.8	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	2.4	
4. Análisis económico ex ante	3.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	7.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	4.0	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	0.0	
4.4 Supuestos Razonables	0.0	
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.5	
5. Evaluación y seguimiento	1.5	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	9.1	
5.2 Plan de Evaluación	2.5	
6.6	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. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información.
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Evaluación Ambiental.
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	Sí	El programa financiará plantas de tratamiento de aguas residuales y acciones destinadas a disminuir las pérdidas de agua y el consumo no racional.
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	Se propone una evaluación de impacto cuasi-experimental usando la metodología del control sintético para medir la efectividad del primer componente.

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

La propuesta de préstamo presenta como problema principal a resolver las disparidades regionales en los resultados de salud y la incidencia creciente de ETV en zonas de sequía. Como causas de esta situación, el documento identifica el limitado acceso a servicios de acueducto y saneamiento, deficiencias en el estado de las vías y los sistemas de transporte para acceder a los centros de salud y retos varios en el funcionamiento del sistema de salud. El proyecto propone tres componentes: planes de inversión multisectorial, mejoramiento de la atención en salud y lucha contra la malaria.

La propuesta de préstamo incluye evidencia de la problemática identificada. Sin embargo, sólo presenta evidencia parcial de las causas mencionadas, su magnitud y relación con el problema identificado. En relación con los componentes propuestos, el documento no presenta evidencia completa sobre su efectividad. La matriz de resultado del proyecto incluye indicadores que reflejan los componentes a financiar. Los indicadores son SMART, incluyen líneas de base y metas, así como fuentes de información.

El anexo de análisis económico presenta un análisis de costo-beneficio con base en una metodología adecuada. Sin embargo, los beneficios estimados no son del todo consistentes con la lógica del proyecto. Similantemente, hay un desfase entre los costos considerados en el análisis y el presupuesto total del préstamo.

El plan de monitoreo es adecuado y reconoce el PMR como el principal instrumento para dar seguimiento a la operación. El PEP presenta el costeo anual y total de los productos de la matriz de resultados. El plan de evaluación propone una evaluación de impacto cuasi-experimental con base en la metodología de control sintético para medir la efectividad del primer componente. Sin embargo, no es claro que las unidades propuestas para crear el control sintético vayan a estar exentas de las intervenciones de los demás componentes lo que podría afectar las variables de interés seleccionadas.

**MATRIZ DE RESULTADOS**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	Mejorar la salud de la población a través de la gestión territorial de la salud y algunos de sus determinantes más significativos en áreas priorizadas, impulsando prácticas de salubridad, mejorando las vías de acceso, la cobertura y calidad de los servicios de salud. Se busca acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y frenar el avance de las principales enfermedades crónicas.
-------------------------------	---

**IMPACTO ESPERADO**

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final (2022)	Medios de Verificación	Comentarios
Razón de mortalidad materna trienal.	Muertes por 100.000 nacidos vivos	ES 0.0	2016	0.0	Evaluación División de Estadísticas de Salud Ministerio de Salud (DES-MINSA).	Fuente de la Línea de Base (FLB): Base datos estadísticas vitales y producción de servicios del MINSA (DES-BEVPS). Cinco Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) de Estelí (ES), Matagalpa (MT), Jinotega (JI), Madriz (MZ), Nueva Segovia (NS).
		MT 19.4		12		
		JI 69		38		
		MZ 0.0		15		
		NS 89		62		
Mortalidad en la niñez por neumonía y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)**.	Muertes por 1.000 menores de 5 años	JI 3.18	2012-2016	2.7		FLB: DES-BEVPS. 3 municipios. Las Sabanas (MZ) Quilalí (NS) Wiwilí (JI) Se realizó un promedio de las tasas para el último quinquenio 2012-2016.
		MZ 4.04		3.6		
		NS 2.86		2.0		
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años**.	Porcentaje	JI 27.8	2011-12	24	Sistema de Vigilancia de Intervenciones Nutricionales (SIVIN).	FLB: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-12.
		MZ 29.5		26		
		NS 27.7		24		
Tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.	Por 100.000 mujeres 15 y más años	10.6	2016	7.8	Evaluación con datos DES-MINSA.	FLB. BEVPS Nivel Regional: Promedio 5 SILAIS: ES, MT, JI, MZ, NS.
Incidencia de malaria.	Casos por 10.000 habitantes	6	2016	4,8		FLB. DES-BEVPS Nivel Nacional Bilwí, Las Minas, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCS) y Chinandega, son los de más alto índice de casos positivos (por definir).

### RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB) (Año)	Año 3 (2020)	Meta Final (2022)	Medios de Verificación	Comentarios
<b>Componente 1. Gestión territorial de determinantes de la salud</b> (municipios de Quilalí, Wiwilí y Las Sabanas)						
Porcentaje de Hospitalización de menores de 5 años (<5a) por EDA**.	Hospitalizaciones en <5a por 1.000 niños <5a	7,8 (2016)	7,3	6,5	Evaluación con datos DES-BEVPS-MINSA.	
Hogares en los que consumen agua con calidad adecuada.	%	No Disponible		8 puntos porcentuales	Línea de base y medición final en el 2022.	Las encuestas se levantarán a través del MINSA como acciones de vigilancia.
Velocidad promedio (camioneta, autobús) en las vías recolectoras principales rurales intervenidas.	Km/hora	20 (2017)	20	40	Estudio del Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI).	Municipios de Quilali-Wiwili. Vías recolectoras: conectan las comunidades rurales a la unidad de salud cabecera del municipio.
<b>Componente 2. Mejoramiento de la calidad de la atención en salud</b> (Nivel nacional)						
Ingreso oportuno de las púerperas y recién nacidos complicados.	%	60 (2014)	72	85	Evaluación con datos DES-BEVPS-MINSA.	
Niños menores de 24 meses atendidos con el esquema de alimentación infantil y nutricional comunitaria**.	%	35 (2014)	45	60	SIVIN.	La encuesta de SIVIN, prevista en el primer trimestre 2018, incluye información de micronutrientes.
Niños menores de 5 años de edad que cuentan con su esquema de vacunación completo para su edad**.	%	54 (2014)	69	84	Evaluación con datos de DES-BEVPS-MINSA.	
Adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar**.	Porcentaje (%)	16 (2014)	13	10		

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB) (Año)	Año 3 (2020)	Meta Final (2022)	Medios de Verificación	Comentarios
Personas que requieren cuidados especiales y acceden a servicios de rehabilitación comunitaria**.	%	10 (2014)	15	20	Evaluación con datos de DES-BEVPS-MINSA	Cuidados especiales: rehabilitación por discapacidad primaria o secundaria a enfermedad crónica o accidente.
Personas mayores de 25 años en quienes se realizan acciones de detección oportuna de enfermedades crónicas: Diabetes, Hipertensión, Sobrepeso/obesidad, Cáncer cervical, Enfermedad renal crónica**.	%	30 (2014)	40	60		Las acciones de detección requieren tener participación comunitaria, estrategias de sensibilización, continuidad con protocolos de diagnóstico y manejo en atención primaria y en el segundo nivel a través de la estrategia de redes del MOSAFC.
Pacientes con enfermedades crónicas que inician proceso de diagnóstico y tratamiento inmediato**.	Porcentaje	50 (2014)	70	85		Se espera aumento por la mayor oferta de servicios hospitalarios.
Cobertura hospitalaria cirugía electiva.	Porcentaje de cirugía programada en relación con el total de cirugías realizadas	55 (2014)	60	70		
Componente 3. Lucha anti epidémica y erradicación de la malaria (nivel nacional)						
Establecimientos de salud reportando al sistema de vigilancia según norma nacional.	%	70 (2014)	80	95	Evaluación con datos de DES-BEVPS-MINSA	Indicadores del Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Malaria 2014-2018-MINSA.
Casos diagnosticados que reciben tratamiento dentro de las primeras 48 horas.	%	70 (2014)	80	100		

\*\* se desagrega por género

**PRODUCTOS**

Productos	Unidad de Medida	2018	2019	2020	2021	2022	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
<b>Componente 1. Gestión territorial de determinantes de la salud (Alcance: municipios de Quilali, Wiwili, Las Sabanas)</b>									
Equipos de gestión conformados y operando.	Equipo	3					3	Informe semestral de avance del MINSA (ISA-MINSA)	No acumulado Un equipo está operando cuando inicia el primer proceso de licitación del respectivo plan de inversión en su municipio.
Planes de Inversión (PI) anuales ejecutados y supervisados.	Planes		3	3	3	3	3		No acumulado Un PI está ejecutado por año cuando más del 80% de los procesos de adquisición incluidos están adjudicados y el 50% de los recursos pagados.
Unidades de salud (puestos de salud, centros de salud y casas maternas), del área priorizada habilitados con acceso mejorado a agua y saneamiento.	Unidades de salud		3	5	5		13	Acta de recepción de obras por el MINSA	“Acceso mejorado” y mejora de infraestructura implica establecer o restablecer la conexión a una fuente de agua (red, pozo seguro, abastecimiento por pipa) que permita la operación de la unidad según la norma de habilitación del MINSA.
Sedes de sector y/o casas base comunitarias <sup>1</sup> rurales mejoradas en su infraestructura.	Casa base	10	15	20	23	15	83		
Familias del área rural con paquete de apoyo a prácticas saludables en el hogar y entorno.	Familias visitadas		400	1.000	900	700	3.000	ISA-MINSA	Municipios de Wiwili, Quilalí y Las Sabanas. El paquete incluye intervenciones participativas de adopción de conductas saludables: higiene, lavado de mano, consumo racional del agua, protección de fuentes; los bienes requeridos para las mismas: filtros caseros; recipientes tapados para almacenamiento adecuado; rincón de lavado de mano; materiales para piso seguro; y la asistencia técnica para intervenciones mínimas con participación comunitaria

<sup>1</sup> Sector se refiere al territorio o área de captación del primer nivel de atención, alrededor del cual se organiza el modelo de atención en salud.

Productos	Unidad de Medida	2018	2019	2020	2021	2022	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
									(instalación de piso seguro, protección de fuentes de agua).
Acuerdos sociales comunitarios para la promoción de prácticas saludables en comunidades rurales suscritos entre la dirección municipal de salud y los SILAIS evaluados.	Acuerdos*		5	20	40	50	50	ISA-MINSA	No acumulado.
Km de caminos mejorados con mantenimiento mayor <sup>2</sup> .	Kilómetros			10	28,64		38,64	Acta de recepción de obra por MTI.	
Km de caminos con mantenimiento básico.	Kilómetros					38,64	38,64		
Rutas de transporte colectivo en caminos intervenidos por el programa, con medidas regulatorias de optimización del servicio.	Rutas					2	2	Informe semestral de avance del MTI y contratos alcaldías/ operadores.	Las medidas incluyen asistencia técnica para los operadores que permitan mejorar la calidad de su servicio (frecuencia, comodidad), y promover su capital de trabajo, así como mejoras básicas a las bahías de espera para los usuarios.
<b>Componente 2. Mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Alcance: nacional y 5 SILAIS priorizados)</b>									
Normas de alimentación infantil (Programa Comunitario de Salud y Nutrición -PROCOSAN, Lactancia Materna, Alimentación y Nutrición) actualizadas e implementadas.	Estrategia			1			1	ISA-MINSA.	Implementadas implica (5 SILAIS) que los equipos básicos de salud tengan censado a los niños menores de 2 años y que se haya registrado la consejería en alimentación infantil.
Municipios equipados y abastecidos de acuerdo con las normas de alimentación infantil.	Municipios			5			5		5 SILAIS priorizados (ES, MZ, NS, JI y MT).
Promotores comunitarios capacitados en normas de alimentación infantil.	Promotores		60	120	300	300	780		Nivel nacional.
Estrategia de promoción de la salud de las y los adolescentes implementada.	Estrategia			1			1	ISA-MINSA.	Se considera implementada al tener al menos el 50% de los sectores con promotores de la estrategia.

<sup>2</sup> Los caminos se seleccionan en base a tres criterios: (i) ubicación de las intervenciones priorizadas en infraestructura de salud; (ii) tiempos de viaje a centros de salud; y (iii) alcance de intervención más eficiente requerida para el camino.

Productos	Unidad de Medida	2018	2019	2020	2021	2022	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Protocolos de detección y manejo oportuno de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) actualizados.	Protocolos	1	2	1			4	Circular Ministerial.	Padecimientos priorizados: Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad Renal, Cáncer Cérvico-Uterino y Epilepsia.
Pacientes crónicos nuevos captados en el censo.	Pacientes		2.000	8.000	20.000	22.300	52.300	Reporte trimestral Dirección General de Servicios de Salud (DGSS).	5 SILAIS priorizados (ES, MZ, NS, JI y MT).
Pacientes crónicos censados y con tres registros de atención en el último año.	Pacientes			5.500	17.500	33.650	33.650		5 SILAIS priorizados (ES, MZ, NS, JI y MT) No acumulado.
Protocolos de atención a personas con necesidades especiales (cuidados especiales), actualizado y aprobado. - Medición de agudeza visual en adultos mayores y dotación de anteojos. - Postraumática (por accidentes laborales o de tránsito). - Degenerativa (osteoartrosis -rodilla, columna vertebral). - Neurológica (secundaria a complicaciones de padecimientos crónicos, por ejemplo: diabetes).	Protocolos			6			6	Circular Ministerial.	Nivel Nacional. Rehabilitación post-traumática, por padecimiento crónico o por discapacidad física/neurológica con énfasis en el primer nivel de atención.
Pacientes con necesidades especiales nuevos captados en censo.	Pacientes			300	1.200	2.000	3.500	Reporte trimestral DGSS.	5 SILAIS priorizados (ES, MZ, NS, JI y MT).
Pacientes con necesidad especial, con protocolo semestral de seguimiento cumplido en el último semestre.	Pacientes*			200	1.300	3.200	3.200		No acumulado.

Productos	Unidad de Medida	2018	2019	2020	2021	2022	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Personal de atención primaria capacitado en la aplicación del protocolo de cuidados especiales.	Personal			250	250		500	ISA-MINSA.	
Direcciones municipales dotadas de medios de transporte para la supervisión del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).	Direcciones Municipales		15		15		30		Transporte vial y/o fluvial, según los casos.
Personal capacitado en el Marco de Gestión Ambiental y Social.	Personal		80	40	10		130		
Personal de mantenimiento formado.	Personal		30				30		Formato en mantenimiento de equipos médicos, insumos médicos, electricidad y fontanería.
Unidades móviles para el mantenimiento de unidades de primer nivel compradas y en uso.	Unidades móviles		5				5		
Talleres de mantenimiento de equipos del SILAIS Madriz, Estelí, Matagalpa y Jinotega, reemplazados y habilitados.	Talleres		1	1	2		4	Acta de recepción de obra y equipos MINSA.	
Hospital General de Ocotal, reemplazado y equipado.	Hospital			1			1		
Hospital de Japala construido y equipado.	Hospital				1		1		
Hospital de Estelí rehabilitado.	Hospital			1			1		
Hospital Primario de Wiwilí (JI) reemplazado.	Hospital				1		1		
Hospital Primario de Waslala reemplazado (MT).	Hospital			1			1		
Hospital Primario de San Juan de Limay rehabilitado.	Hospital		1				1		
Centro de Salud de la Trinidad (ES) reemplazado.	Centro de Salud			1			1		
Salas de fisioterapia en Unidad de Salud cabecera construidas y equipadas.	Salas		4	4	2		10		



Productos	Unidad de Medida	2018	2019	2020	2021	2022	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Salas de fisioterapia en Unidad de Salud cabecera equipadas.	Salas			30			30	Acta de recepción de obra y equipos MINSA.	
<b>Componente 3. Lucha antipidémica y erradicación de la malaria (Alcance: Bilwí, Las Minas, RACCS, Chinandega y 5 SILAIS Priorizados)</b>									
Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con equipamiento modernizado.	Centro		1				1	Acta de recepción de obra y equipos MINSA.	
Laboratorio regional construido y equipado.	Laboratorio		1				1		Incluye infraestructura rehabilitada y equipamiento (estantería especializada, sistemas de gestión de inventarios y red de frío).
Bodega de insumo regionales construida y equipadas.	Bodegas			1			1		
SILAIS equipados para implementar programa de control de vectores.	SILAIS		2	4	2		8		
Municipios (dirección municipal de salud) y SILAIS dotados del paquete de equipamiento para la vigilancia del agua y control de vectores.	Municipios		6	15	9		30		Incluye medios de análisis y tratamiento, fijos y portátiles.
Personal formado en vigilancia de ETV.	Personal			250		250	500	ISA-MINSA.	Entomólogos y bio-estadísticos.
Personal de salud re-capacitado para la vigilancia del agua y control de vectores.	Personal			500			500		
Municipios con plan anual de control de vectores y prevención del contagio implementado.	Municipios			6	21	30	30		No acumulado.

## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS**

<b>PAÍS:</b>	Nicaragua
<b>PROYECTO No:</b>	NI-L1143
<b>NOMBRE:</b>	Programa Multisectorial de Atención a Determinantes de la Salud en el Corredor Seco
<b>ORGANISMO EJECUTOR (OE):</b>	Ministerio de Salud (MINSA) Ejecutor; Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI) Co-ejecutor;
<b>PREPARADO POR:</b>	Santiago Castillo y Osmin Mondragón (FMP/CNI)

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1 El MINSA actuará como OE, MTI será co-ejecutor para el Componente 1, conforme su mandato como entes del Gobierno Central.
- 1.2 Los presentes Acuerdos y Requisitos Fiduciarios parten de la evaluación de capacidad institucional realizado bajo la metodología del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI). Los OE presentan desarrollo satisfactorio y riesgo dada su experiencia en ejecución de proyectos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (el MINSA: 2789/BL-NI, 2986/BL-NI, 3306/BL-NI, y 3696/BL-NI; y el MTI: 2979/BL-NI, 3353/BL-NI, 3577/BL-NI, y 3811/BL-NI).
- 1.4 La gestión financiera del MINSA se ha visto afectada por el volumen de las operaciones a su cargo, por tanto, se implementará un Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG) y capacitaciones (al MINSA y MTI) de la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-6).
- 1.5 El costo del programa es de US\$138 millones (US\$133 millones de financiamiento y US\$5 millones de aporte local).

### **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR**

- 2.1 La División de Adquisiciones del MINSA gestiona todos los procesos a excepción de las compras por cotización financiadas con recursos nacionales que los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y los hospitales gestionan de forma desconcentrada. El personal para adquisiciones del programa deberá contar con perfiles técnicos acordes al nivel de complejidad de la operación. El MTI dispone de personal para adquisiciones con experiencia en proyectos.
- 2.2 La gestión financiera del MINSA y MTI se enmarca en la “Ley de la administración financiera y de régimen presupuestario” (Ley 550), desde los subsistemas: presupuesto, tesorería, contabilidad, control interno y externo, estableciendo que las entidades de gobierno son responsables de su gestión financiera, regulada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP). Los OE utilizarán el Sistema Integrado de Gestión Financiera Administrativa (SIGFA) y el Sistema Integrado de Gestión Financiera Administrativa para Proyectos (SIGFAPRO) -subsistemas: presupuesto, tesorería, contabilidad y reportes. El Gobierno de Nicaragua está

mejorando sus sistemas de administración pública, mismos que, una vez entren en funcionamiento, serán utilizados por el programa.

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

- 3.1 **MINSa.** El MINSa tiene una cartera amplia y compleja que requiere la articulación de múltiples áreas. El esquema de implementación descansa en estructuras institucionales (sin unidad ad hoc), un elemento en pro de la sostenibilidad. Sin embargo, esto afecta la oportunidad de la implementación dado que el gobierno busca contener la asignación de personal en los niveles centrales y de administración, haciendo cada vez más difícil sostener la calidad de ejecución lograda a la fecha por el MINSa. El PSG establece las siguientes acciones: (i) ajustar la estructura organizativa de la Coordinadora de los Fondos Externos (UCFE) dentro de la Dirección General Administrativa Financiera (DGAF); (ii) actualizar las funciones y perfiles del personal de la UCFE y DGA, con designación de un coordinador en cada área; (iii) actualizar y divulgar el manual de procedimientos administrativos financieros en relación a la UCFE; y (iv) capacitación continua del personal administrativo financiero para la ejecución del programa. En cuanto al equipo mínimo adicional requerido para gestión financiera, el SILAIS contará con un especialista financiero para el registro y control de las justificaciones de gastos a la UCFE. Cada municipio involucrado en el Componente 1 contará con un analista financiero para la operatividad administrativa financiera de los fondos recibidos. La UCFE contará con dos analistas financieros para la gestión financiera central del programa.
- 3.2 **MTI.** Para mantener su riesgo bajo se recomienda: (i) mantener al personal actualizado en el manejo de las herramientas de gestión de adquisiciones; (ii) atender las recomendaciones de las revisiones ex post; y (iii) recibir asesoría por parte del Banco para el seguimiento al Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA).
- 3.4 Para la gestión financiera de ambas entidades se reforzarán las capacidades de administración y control; el Banco capacitará sobre la Guía de gestión financiera OP-273-6.

### **IV. ASPECTOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO**

- 4.1. Para mitigar la pérdida cambiaria se utilizará el tipo de cambio vigente en el país del prestatario, en la fecha en que los recursos fueron convertidos de divisa a Córdoba por el OE, (opción b (1) de las Normas Generales del contrato de préstamo).
- 4.2. Presentación de estados financieros del programa por separado, MINSa y MTI, auditados por una firma elegible al Banco, dentro de los 120 días después del cierre de cada ejercicio fiscal y durante el plazo de desembolsos (original o eventuales extensiones).

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

### A. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1. Se establecen a continuación las disposiciones aplicables para la ejecución de todas las adquisiciones del proyecto.
- 5.2. Aplicarán las Políticas para adquisición de obras y bienes financiadas por el BID (GN-2349-9) y la Política para la selección y contratación de consultores financiados por el BID (GN-2350-9) de marzo de 2011.
  - (a) **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI), se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DDL) del Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
    - (i) Adquisiciones de Sistemas de Tecnología de Información: No aplica.
    - (ii) Adquisiciones “llave en mano” (Suministro e Instalación): No aplica.
  - (b) **Selección y Contratación de Consultores.** Se utilizará la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de los Términos de Referencia (TdR) es responsabilidad del especialista sectorial. El MINSA **contratará directamente** a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la auditoría técnica de la extensión de los servicios de salud indicados en el ¶1.28 de la Propuesta de Préstamo, por el valor excepcional de la experiencia de esta agencia especializada, conforme el párrafo 3.10 (d) de la política GN-2350-9.
  - (c) **Selección de los Consultores Individuales.** Se podrá solicitar expresiones de interés mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificados. El personal técnico/operativo requerido para la ejecución de intervenciones con participación comunitaria en los territorios será contratado como contratista de servicio (párrafo 3.21, Política GN-2350-9); un anexo del Reglamento Operativo del Programa (ROP) establecerá el procedimiento correspondiente.
  - (d) **Uso de Sistema Nacional de Adquisiciones.** El Sistema de Información de las Contrataciones Administrativas del Estado (SISCAE) es el subsistema nacional de adquisiciones aprobado por el Banco para ser utilizado para la publicación de los anuncios de expresión de interés y/o llamados a licitación. Cualquier sistema o subsistema que sea aprobado con posterioridad será aplicable a la operación.
  - (e) **Medidas de Fortalecimiento.** No Aplica (NA)
  - (f) **Gastos Recurrentes.** Se consideran gastos recurrentes u operativos los requeridos para el funcionamiento del proyecto durante su ejecución,

establecidos dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco, y serán ejecutados siguiendo los procedimientos administrativos del OE, los cuales hayan sido revisados y aceptados por el Banco siempre que no vulneren los principios fundamentales de competencia, eficiencia y economía. Para fortalecer las áreas institucionales y apoyar las actividades propias del programa se contratará, con cargo a recursos del financiamiento y contabilizado como gasto operativo, personal incremental<sup>1</sup> con experiencia en adquisiciones, finanzas y gestión, en el nivel central (UCFE; DGA; División de Cooperación Externa) y desconcentrado (Dirección Municipal, SILAIS). Las necesidades serán establecidas en el PSG y pueden incluir otras áreas. Los procedimientos de contratación deberán ser descritos en el ROP, las contrataciones contar con la no objeción del Banco y ajustarse a TdRs aprobados por el Banco.

(g) **Prácticas Comerciales, Preferencia Nacional:** NA.

(h) **Adquisiciones Anticipadas / Financiamiento Retroactivo:** NA.

**Tabla de Montos Umbrales (miles US\$)**

Método	LPI Obras	LPI Bienes y servicios diferentes a la consultoría	Lista corta internacional en servicios de consultoría
Umbral	>1.500	>150	>200

**Adquisiciones Principales**

Actividad	Método de Selección	Fecha Estimada de convocatoria/invitación	Monto Estimado US\$
<b>Bienes</b>			
Adquisición de Equipamiento para Hospital de Jalapa	LPI	IV-2018	1.300.000,00
<b>Obras</b>			
Reemplazo del Hospital Primario de Jalapa	LPI	II-2018	3.450.000,00
<b>Firmas</b>			
Contratación de agencia especializada para la Auditoría Técnica Externa para verificar las atenciones en Salud (Organización Panamericana de la Salud (OPS)	SD*	III-2018	291.400,00
<b>Individuos</b>			
Contratación de desarrolladores de aplicativos para la atención comunitaria y primaria.	CCII	III-2018	244.800,00

\* Ver 5.2 (b).

<sup>1</sup> La modalidad conocida en el Nicaragua como “empleado de proyecto”.

## B. Supervisión de Adquisiciones

### Límites para Revisión ex post

Obras	Bienes	Servicios de consultoría	
		F Consultora	C Individual
US\$150.000	US\$25.000	US\$200.000	US\$10.000

- 5.3. El método de supervisión de las adquisiciones será de acuerdo con lo establecido en el Plan de Adquisiciones (PA), que se debe determinar el método adecuado para cada proceso de selección y conforme a los límites arriba descritos. Las revisiones ex post serán cada 6 meses de acuerdo con el Plan de Supervisión del proyecto. Los montos límites para revisión ex post pueden ser modificados por el Banco en la medida que la capacidad fiduciaria de ejecución de los OE varíe.
- 5.4. **Disposiciones Especiales.** Para reducir las probabilidades de corrupción se debe: (i) atender las disposiciones contenidas en los documentos GN-2349-9 y GN-2350-9 sobre prácticas prohibidas y la no elegibilidad de empresas y personas físicas; y (ii) otros procedimientos especiales.
- 5.5. **Registros y Archivos.** Es responsabilidad de la unidad de adquisiciones nombrar un responsable para esta actividad y contar con un área específica para el resguardo y registro de los expedientes sobre los pagos efectuados a proveedores y contratistas. El archivo físico debe mantenerse por un período de 3 años mínimo. Para la preparación y archivo de los reportes del proyecto se deben utilizar los formatos y procedimientos acordados y descritos en el ROP.

## VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA

### A. Programación y Presupuesto

- 6.1. Se utiliza el sistema de país normado por la ley 550 y lo establecido por el Sistema Nacional de Inversión Pública, siguiendo el ciclo de aprobación del Presupuesto General de la República con rectoría del MHCP. El MINSA y MTI gestionarán anualmente la asignación presupuestaria, suficiente para cubrir los compromisos de la ejecución de cada año. Estas entidades utilizarán el SIGFAPRO como sistema financiero/contable para el registro financiero y reportes; en caso de haber algún cambio o mejora en el módulo de administración de proyectos del SIGFA, automáticamente se migraría a dicho sistema.

### B. Gestión de Desembolsos y Flujo de Caja

- 6.2. Los desembolsos del BID se harán a la cuenta única del Tesoro (moneda dólar) del MHCP en el Banco Central. El programa contará con dos cuentas de control financiero en dólares, una para cada entidad, asociadas a una cuenta escritural en córdobas. Los OE podrán manejar cuentas en bancos comerciales para la operatividad del programa. Se usará la modalidad de anticipos de fondos de hasta seis meses, dependiendo de la necesidad de liquidez acordadas con cada ejecutor, debiendo justificar al menos el 50% del anticipo anterior para procesar un nuevo anticipo. Esto se justifica por la ejecución en niveles desconcentrados y

necesidades de flujo de recursos diferentes entre los dos sectores; se elaborará un plan financiero basado en el costo de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) para el período considerado. La rendición de cuentas de los anticipos se hará conforme a la OP-273-6, la documentación soporte de los desembolsos se remitirá al Banco electrónicamente.

**C. Contabilidad e Informes Financieros**

- 6.3. Los estados financieros del programa deberán ser emitidos por cada OE, y de acuerdo con Normas Internacionales de Contabilidad según establece la Política de Gestión Financiera (OP-273-6). Deberán ser auditados anualmente por una firma independiente elegible para el Banco; para el registro contable financiero del proyecto se utilizará el sistema SIGFAPRO.

**D. Control Interno y Auditoría Interna**

- 6.4. El MINSA y MTI disponen de un sistema de control interno aceptable, con manuales y procedimientos definidos en cada unidad contable de la Dirección de Administración Financiera (DAF); existirá un ROP; MINSA y MTI cuentan con una unidad de auditoría interna; se espera que intervengan revisando la ejecución del programa en todas sus etapas, especialmente en el seguimiento a las observaciones de control de las auditorías externas.

**E. Control Externo: Informes de los Proyectos**

- 6.5. Dado que actualmente la Contraloría General de la República (CGR) no es elegible por el Banco para auditar proyectos BID, se requerirá que los Ejecutores contraten los servicios de una misma Firma de Auditores que sea independiente, elegible y que siga los procedimientos del Banco.
- 6.6. Los informes de la auditoría externa del programa deberán presentarse por cada OE dentro de los 120 días después de cada ejercicio económico durante la vigencia del contrato, incluyendo la fecha del último desembolso.

**F. Supervisión Financiera de Proyecto**

- 6.7 El monitoreo financiero del programa se hará utilizando los informes financieros no auditados, aunque sea responsabilidad de cada ejecutor monitorear y controlar las operaciones centralizadas o descentralizadas; se implementarán las siguientes acciones: (i) previo al primer desembolso habrá un taller de arranque para actualizar instrumentos normativos de la gestión fiduciaria; (ii) habrán visitas contables financieras de verificación del avance de la ejecución del proyecto; y (iii) revisiones ex post de desembolsos a cargo de personal del Banco y del auditor externo.