

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BOLIVIA

PROGRAMA MULTIFASE DE APOYO AL PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA EXTREMA POBREZA (PEEP)- FASE I

(BO-L1032)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Hugo Flórez Timorán (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Susan Kolodin (SPH/CBO); Julia Johannsen (SCL/SPH); Florencia López Bóo (SCL/SPH); Diego Buchara (LEG); Raúl Sánchez (SCL/SPH); y Claudia Pévere (SCL/SPH).

ÍNDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	1
A.	Antecedentes, problemas y justificación	1
B.	Objetivos, componentes y costo	4
C.	Indicadores clave de la matriz de resultados	8
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	9
A.	Instrumentos del financiamiento.....	9
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	10
C.	Riesgos fiduciarios.....	10
D.	Otros Riesgos.....	11
III.	PLAN DE GERENCIA E IMPLEMENTACIÓN	11
A.	Resumen del esquema de ejecución	11
B.	Adquisiciones	13
C.	Resumen de medidas para monitoreo de resultados	13
D.	Actividades de diseño posteriores a la aprobación	14

Anexos	
Anexo I	Resumen Matriz de Eficiencia de Desarrollo (DEM)
Anexo II	Marco de Resultados
Anexo III	Resumen Plan de Adquisiciones
Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2248660
2.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2211128
3.	Arreglos para Monitoreo y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2231682
4.	Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2212510
OPCIONALES	
Propuesta de Adecuación Intercultural http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2211093	
Viabilidad Económica http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2230896	
Selección de Municipios Beneficiarios del Programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2232104	
Riesgos Sociales y Ambientales http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2213420	
Reglamento Operativo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=2231677	

ABREVIATURAS

BM	Banco Mundial
CO	Capital Ordinario
DEP	Documento Estandar del Programa
DGA	Dirección General de Asuntos Administrativos
DID	Difference-in-Difference
RDD	Regression Discontinuity Design
DS	Decreto Supremo
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
GOB	Gobierno de Bolivia
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
IV	Instrumental Variable
MPD	Ministerio de Planificación y Desarrollo
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OE	Organismo Ejecutor
PEEP	Plan de Erradicación de Extrema Pobreza
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
ROP	Reglamento Operativo del Programa
RUB	Registro Unico de Beneficiarios
SAFCI	Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TIR	Tasa Interna de Retorno
UCOFI	Unidad Coordinadora de Financiamiento Internacional
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UE	Unidad Ejecutora
UTEB	Unidad Técnica Ejecutora del Bono

BOLIVIA

PROGRAMA MULTIFASE DE APOYO AL PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA EXTREMA POBREZA - FASE I (BO-L1032)

RESUMEN DEL PROYECTO

Términos y Condiciones Financieras							
Prestatario: Estado Plurinacional de Bolivia				Fuente de Financiamiento:	CO	FOE	
				Plazo de amortización:	30 años	40 años	
Organismos Ejecutores: Ministerio de Planificación y Desarrollo (MPD) y Ministerio de Salud y Deportes (MSD)				Período de gracia:	6 años	40 años	
				Plazo para desembolso:	3 años	3 años	
Fuente	Monto (US\$ millones)			%	Tasa de interés:	FU - Fija	0,25%
	Fase I	Fase II**	Total		Comisión de inspección y vigilancia:	*	0%
BID (CO)	14	17,5	31,5	28,1	Comisión de crédito:	*	0%
BID (FOE)	6,0	7,5	13,5	65,6	Moneda:	US\$ Facilidad Unimonetaria	US\$
LOCAL	1,0	2,0	0,3	6,3			
Total	21,0	27,0	48,0	100			
Esquema del proyecto							
Objetivo del proyecto: Los objetivos de la primera fase son: (i) contribuir a mejorar las condiciones de salud, alimentarias y nutricionales de la población en extrema pobreza, principalmente en madres y niños y niñas menores de dos años del ámbito rural e indígena, a través de incentivos tanto a nivel de la demanda como de la oferta de servicios de salud; y (ii) fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias como también la institucionalidad y capacidad de gestión del MPD.							
Condiciones contractuales especiales: <u>Para el primer desembolso del financiamiento:</u> (i) entrada en vigencia del Reglamento Operativo del Programa (ROP); (ii) presentación y aprobación por parte del Banco del estudio de brecha (línea de base) de la oferta de servicios de salud; y (iii) contratación de los servicios de consultoría para el levantamiento de la línea de base para la evaluación de impacto del Bono Juana Azurduy. <u>Para el desembolso del Componente 1(i):</u> (i) contratación de las entidades responsables del pago de las transferencias monetarias a las familias beneficiarias del bono; y (ii) funcionamiento del sistema de información y gestión del bono. <u>Para el desembolso del Componente 2:</u> constitución de la Unidad Coordinadora de Financiamiento Internacional (UCOFI) del MSD y contratación o designación del personal requerido para ejecutar el programa. <u>Para el desembolso del Componente 3:</u> presentación del diseño conceptual y operacional del Componente 3 aprobado por el GoB y el Banco. <u>Para el desembolso del Componente 4:</u> (i) contratación y/o designación del personal requerido para ejecutar el programa en la unidad ejecutora (UE) del Plan de Erradicación de la Extrema Pobreza (PEEP) del MPD; y (ii) presentación del diseño del sistema de monitoreo de los programas que forman parte del Plan Vida. (Pár. 3.6 y 3.7).							
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.							
El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [x] No []							
El proyecto califica como: SEQ [] PTI [x] Sector [x] Geográfica [] % de beneficiarios [x]							
* La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos. ** El monto del posible financiamiento para la segunda fase es tentativo y sujeto a la eventual decisión del Banco de proceder a la segunda fase del programa.							

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 A pesar del progreso llevado a cabo en los últimos años, Bolivia presenta los niveles más bajos de indicadores de desarrollo humano en Latinoamérica (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2008). En 2007, la incidencia de la pobreza alcanzaba el 60% de la población y un 38% se encontraba en condición de indigencia¹. Aunque esto refleja una reducción de los niveles de pobreza de 1999 (cuando la pobreza alcanzaba el 65% de la población y la indigencia un 43%), aún se observa que las cifras son muy elevadas. Asimismo, la desigualdad es una de las más altas de la región, siendo el coeficiente de Gini de 0,56, lo cual refleja la amplia disparidad que existe entre los deciles más bajos y altos de la población.
- 1.2 Del total de la población en pobreza extrema, 48% corresponde a indígenas en el área rural y 23% a indígenas en el ámbito urbano, sumando un total de 71% de indígenas entre los extremadamente pobres. Por otro lado, el índice de pobreza de la población boliviana con menos de 25 años de edad supera al promedio nacional, llegando a ser del 80% para niños menores de cinco años en zonas rurales.
- 1.3 Si bien Bolivia cuenta con programas de protección social dirigidos a la población vulnerable, éstos requieren ser fortalecidos y ampliados en su cobertura para responder de manera más efectiva a los siguientes problemas principales: (i) sólo alrededor del 60% de los pobres tiene acceso al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), por lo que es necesario establecer incentivos tanto del lado de la demanda (dado los altos índices de pobreza monetaria, altos costos de oportunidad de acceso a programas y servicios existentes, y la asimetría en el acceso a información) como de la oferta (escasa cobertura en áreas remotas, limitaciones en la calidad y recursos de los servicios de atención -disponibilidad de personal, infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos- y falta de un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia); (ii) la calidad de la oferta de servicios de salud materno-infantil es limitada, particularmente en áreas rurales y con respecto a la adecuación intercultural establecida por la normatividad vigente, Decreto Supremo (D.S.) 29601, descrito más adelante; y (iii) la inexistencia de un Registro Único de Beneficiarios (RUB) genera problemas de inequidad o duplicación en el acceso a programas e impide la retroalimentación, en cuanto a la información sobre riesgos que afronta la población pobre y su focalización adecuada.
- 1.4 Las limitaciones tanto por el lado de la oferta como de la demanda se reflejan en las altas tasas de mortalidad infantil y post neonatal, que representaron 50 y 27

¹ Informe de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE- 2009), con datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE- 2007).

muertes por cada mil nacidos vivos en el 2008, respectivamente. De otro lado, la incidencia de desnutrición crónica de niños entre tres meses y dos años de edad alcanzó en ese mismo año el 27,8% en áreas rurales (INE y Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA).

- 1.5 A efectos de afrontar estos retos, el Gobierno de Bolivia (GoB) ha delineado el Plan Vida², cuya implementación es responsabilidad de la unidad ejecutora (UE) del Plan de Erradicación de la Extrema Pobreza (PEEP) del MPD, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) -promulgado mediante Decreto Supremo 29227 de septiembre del 2007, que plantea una “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”.
- 1.6 La implementación del Plan Vida, en particular de los componentes del mismo a ser apoyados por la presente operación, se sustenta en la siguiente normativa legal: (i) el D.S. 29601 que establece el nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), incluyendo la adecuación intercultural de los servicios de salud, tanto por el lado de la atención y prestación de servicios por parte de las instituciones estatales de salud como por el lado de la gestión participativa por medio de las organizaciones sociales y comunitarias (ver [link](#)); y (ii) el D.S. 0066 de creación del Bono Juana Azurduy, que es un programa de transferencias monetarias condicionadas, dirigido a contribuir a la mejora de la nutrición y salud de las madres embarazadas y niños menores de dos años³.
- 1.7 El diseño e implementación del referido bono viene siendo apoyado por el Banco Mundial (BM) desde el 2008, a través de asistencia técnica y un préstamo para el financiamiento del mismo en 52 municipios priorizados para dicha operación. Este proyecto del BM junto a la presente operación del BID compartirán y apoyarán las actividades de arranque, en particular lo que se refiere a la instalación de la estructura institucional para la ejecución del Bono. Asimismo, el BM viene financiando desde 1999 un programa multifase de 12 años (Adaptable Program Loan - APL), orientado a mejorar el acceso y calidad de la oferta de salud pública, con énfasis en la salud materno infantil y en su tercera fase tiene

² El Plan Vida constituye el marco referencial en el cual se busca: (i) promover el crecimiento y el desarrollo económico local e incrementar la productividad, proporcionando condiciones y servicios para la generación de ingresos y empleo digno; (ii) garantizar el acceso regular a los alimentos en cantidad y calidad suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de cada grupo de edad, fortaleciendo los patrones sociales y culturales saludables de provisión y consumo de alimentos; (iii) lograr que las comunidades pobres extremas mejoren su alimentación y que incrementen sus ingresos; (iv) viabilizar el acceso a recursos financieros y no financieros para la construcción, adecuación y mejora de la vivienda digna; (v) promover el acceso a la salud, derechos y educación bajo los principios de intersectorialidad, integralidad, interculturalidad y participación social; y (vi) incrementar las capacidades de autogestión territorial, productiva y social de las comunidades y garantizar la integralidad y complementariedad de las intervenciones, en apego a los usos y costumbres, con innovaciones tecnológicas culturalmente pertinentes.

³ El bono consiste en una transferencia de un máximo total de Bs 1.820 (US\$260) para madres embarazadas elegibles en el marco del Programa, a condición de que controlen el parto y asistan junto con su niño/niña nacido a consultas médicas de control, incluyendo consejería sobre salud sexual y reproductiva, hasta que el niño/niña cumpla dos años. En detalle, las mujeres gestantes recibirán Bs 50 (US\$7) en cada una de las cuatro consultas pre-natales, y Bs 120 (US\$17) para un parto institucional con control post-natal, y posteriormente Bs 125 (US\$18) por cada control de crecimiento y desarrollo bimestral en el marco del AIPN-NUT (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia con Enfoque Nutricional y Manejo de Desnutrición Aguda) hasta que éstos cumplan los dos años de edad. En estas visitas y controles debe cumplirse con los protocolos de salud correspondientes (ver [link](#)).

previsto intervenir en 85 municipios priorizados, entre los que están incluidos los 52 municipios priorizados en su préstamo de apoyo al bono⁴.

- 1.8 A solicitud del GoB, la presente operación viene a complementar las mismas áreas de intervención, a través de la ampliación de la cobertura a 33 municipios rurales adicionales no cubiertos por las operaciones del BM, con énfasis en la aplicación del Bono y la emisión de documentos de identidad (Componente I), el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para cerrar brechas de cobertura y calidad con modalidades múltiples de atención (centros y puestos de salud correspondientes al primer y segundo nivel de atención, respectivamente, y brigadas móviles) (Componente II), la promoción de la participación de la organizaciones sociales y comunitarias (Componente III), y el fortalecimiento institucional y evaluación del Plan Vida (Componente IV), estableciéndose con el enfoque de programa multifase. El diseño e implementación de esta operación se realizarán sobre la base del diseño de las operaciones mencionadas y en coordinación con el BM.
- 1.9 **Selección de municipios.** Si bien el Plan Vida y el Programa del Bono son de alcance nacional, el GoB ha dispuesto que su implementación se realice por fases. Por ello, para esta primera fase del financiamiento del BID, de manera complementaria y en paralelo a los 85 municipios con financiamiento del BM, se seleccionaron municipios adicionales (nuevos). Participarán en el programa los 33 municipios previamente seleccionados y acordados entre el PEEP por parte del GoB y el Banco, con base en los siguientes criterios reflejando las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo: (i) la consideración de un equilibrio regional (tomando en cuenta las dos grandes macro regiones Occidente (sierra) y Oriente (selva, parte baja) y sub-regiones territoriales dentro de las mismas); (ii) la priorización en cuanto a las fases de implementación del Plan Vida, que prevé una intervención gradual de diferentes políticas de manera integrada y considera desde su primera fase regiones que previamente se han beneficiado poco de las políticas públicas como, por ejemplo, la Amazonía del país; y (iii) la clasificación como rural para efectos del programa. En caso de los municipios con una incidencia de pobreza extrema inferior al 60%, se aplicarán mecanismos de focalización a nivel de hogar. Estos criterios representan una combinación que permite atender las consideraciones técnicas y la factibilidad institucional y resultan en un promedio de extrema pobreza monetaria de 62% en los 33 municipios seleccionados⁵. El equipo de proyecto trabajará con el GoB para monitorear el estado de pobreza de los beneficiarios y ha definido hitos activadores para la segunda fase de la operación orientados a reforzar este aspecto (Cuadro I-1). El número total de 33 municipios beneficiarios responde a los límites presupuestales estimados en base

⁴ Las primeras dos fases (APL I y II) se centraron en el diseño e implementación de un sistema de aseguramiento básico de salud, con énfasis en la salud materno e infantil e incluyendo mejoras en la oferta de servicios. Una vez iniciada su ejecución, el APL III irá en colaboración con el Programa Desnutrición Cero (que forma parte integral de la política de salud pública proveyendo la atención por el lado de la oferta del bono) bajo los objetivos de reducir la tasa de mortalidad materno infantil, así como los factores de riesgo; incrementar el acceso y la cobertura de los servicios de salud materno-infantil; y fortalecer la capacidad resolutoria y de gestión del MSD, de los departamentos y de las autoridades locales.

⁵ Este listado podría ser modificado, previo acuerdo por escrito entre el GoB y el Banco. El esquema de aplicación de los criterios y el listado de municipios formarán parte integrante del Reglamento Operativo del Programa.

al costeo preliminar de los componentes del programa y el monto del préstamo acordado entre el GoB y el Banco (ver [link](#)).

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.10 Este programa constituye un componente principal de la estrategia integral del GoB para la construcción de una sociedad más equitativa, igualitaria, con justicia, bienestar y soberanía bajo el enfoque del Vivir Bien⁶. Los objetivos de la primera fase son: (i) contribuir a mejorar las condiciones de salud, alimentarias y nutricionales de la población en extrema pobreza, principalmente en madres y niños y niñas menores de dos años del ámbito rural e indígena, a través de incentivos tanto a nivel de la demanda como de la oferta de servicios de salud; y (ii) fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias, como también la institucionalidad y capacidad de gestión del MPD.
- 1.11 **Estructura de la operación.** El programa se instrumentará en el marco de un Programa de Fases Múltiples, en dos fases, a ejecutarse ambas en un total de aproximadamente cinco años. A efectos de someter a consideración del Banco una potencial fase II es necesario que se hayan alcanzado los hitos estratégicos⁷ del Cuadro I-1.

Cuadro I-1: Hitos Activadores de la Fase II

Hito 1: Transferencias Monetarias en Nutrición y Salud Materno-Infantil (Componente 1).

Cobertura del Bono: (i) evidencia que al menos 65% de las mujeres y niños/niñas elegibles (según estimaciones de UDAPE) en al menos el 75% de los municipios financiados con recursos de la presente operación están registrados en el Bono, y han recibido al menos cuatro pagos de conformidad con el ROP. Verificación de corresponsabilidades: (ii) evidencia de la verificación de corresponsabilidades al menos del 75% del padrón de beneficiarios y su vínculo con los pagos realizados, conforme a los establecido en el ROP; Selección de municipios: (iii) evidencia de la definición y aprobación de un mecanismo de selección de municipios que establece como requisito de elegibilidad una incidencia de pobreza de al menos el 70% y/o la definición de instrumentos de selección individual de hogares según pobreza; Evaluación: (iv) evidencia de la realización de una evaluación de medio termino de procesos y de impacto y la actualización del ROP en base a sus resultados.

Hito 2: Fortalecimiento de la Oferta de Servicios Integrales de Salud (Componente 2). Calidad de Oferta: (v) evidencia que en al menos en el 75% de los municipios intervenidos por el Programa hayan aplicado en sus unidades de salud las normas de caracterización de establecimientos (infraestructura y equipamiento) del MSD; y Adecuación Intercultural: (vi) aprobación de al menos 2 procedimientos de salud (protocolos clínicos) para adecuación intercultural en el marco del modelo SAFCI.

Hito 3: Desarrollo de Organizaciones Sociales y Comunitarias (Componente 3). (vii) presentación de los documentos aprobados de diseño de los modelos de gestión SAFCI y de gestión integral comunitaria del Plan Vida, y evidencia del inicio de su implementación.

Hito 4: Fortalecimiento Institucional y Evaluación (Componente 4). (viii) evidencia de la instalación y funcionamiento del sistema de monitoreo del Plan Vida en la Unidad Ejecutora del PEEP.

Hito 5: Ejecución de recursos: (ix) evidencia de que al menos el 50% y el 75% de los recursos del préstamo se hayan desembolsado y comprometido, respectivamente.

⁶ El Vivir Bien es conceptualizado como el resultado del acceso y disfrute de los bienes materiales necesarios conjuntamente con la realización afectiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los demás seres humanos (PND 2006 – 2010).

⁷ El enlace electrónico No. 3 (Arreglos para el Monitoreo y Evaluación) detalla los hitos activadores de la Fase II y los medios de verificación de los mismos para cada una de las áreas mencionadas

- 1.12 **Componente 1: Transferencias Monetarias en Nutrición y Salud Materno-Infantil (US\$6,31 millones).** Este componente tiene por objeto incentivar la demanda por servicios de salud materno infantil de las familias en extrema pobreza de los 33 municipios rurales seleccionados. Se priorizarán madres gestantes y niños y niñas menores de dos años, a través de la ampliación de la cobertura geográfica de las transferencias condicionadas del Bono Juana Azurduy y facilitando la obtención de documentos de identidad de los integrantes de las familias beneficiarias para su registro en el SUMI y Bono. Mediante este componente se financiarán las siguientes actividades: (i) las transferencias monetarias a las familias elegibles que cumplan con las condicionalidades establecidas; (ii) la asistencia técnica necesaria para implementar, mejorar y/o integrar los sistemas de información y gestión del Bono (registro y seguimiento de beneficiarios, verificación de corresponsabilidades, administración y control de pagos, etc.); (iii) los costos relacionados a la obtención de certificados de nacimiento y la cédula de identidad de los beneficiarios del Bono; y (iv) la ampliación de las capacidades de gestión técnica y fiduciaria de la Unidad Técnica Ejecutora del Bono (UTEB) del MSD. Para la siguiente fase de financiamiento se prevé que se continúen apoyando las actividades de ampliación geográfica de la cobertura del Bono y de obtención de documentos de identidad.
- 1.13 **Componente 2: Fortalecimiento de la Oferta de Servicios Integrales de Salud (US\$10,67 millones).** Este componente tiene por objeto garantizar el acceso de la población beneficiaria del bono a servicios de salud con calidad y pertinencia cultural, por lo que se centrará en la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios básicos y preventivos de salud, con especial énfasis en la salud materno infantil. En el marco de los procedimientos de coordinación y articulación intersectorial de la UE del PEEP, como responsable de la implementación del Plan Vida, esta entidad coordinará con el MSD para asegurar la articulación de este componente con los lineamientos de la Gestión Integral Comunitaria⁸ del Componente 3.
- 1.14 A través de este componente se financiarán las siguientes actividades: (i) oferta de servicios: (a) inversiones en la readecuación de infraestructura, equipamiento e insumos para los establecimientos de salud del primer y segundo nivel (postas y centros de salud) de las redes de salud que prestan servicios en los municipios priorizados, incluyendo mejoras en los sistemas de agua y saneamiento básico de dichos establecimientos⁹; (b) la conformación y funcionamiento de equipos móviles SAFCI adicionales; y (c) la ampliación de las capacidades fiduciarias de la Unidad Coordinadora de Financiamiento Internacional (UCOFI) del MSD; y (ii) adecuación intercultural: (a) los insumos analíticos y la elaboración del marco normativo, como también diseños operacionales y su implementación piloto para la adecuación intercultural según el Nuevo Modelo SAFCI establecido por el D.S.

⁸ El Programa de Gobierno 2010-2015 establece que con el Programa Gestión Integral Comunitaria las organizaciones comunitarias serán fortalecidas en sus prácticas de gobierno local como interlocutoras y protagonistas de su propio desarrollo.

⁹ Durante la ejecución del programa, el equipo del proyecto seguirá con atención el desarrollo de la relación entre el fortalecimiento de oferta previsto y las necesidades de oferta adicional que se pudiesen generar con la implementación del bono y que no fue posible estimar ex ante, a efectos de proponer al gobierno los ajustes y acciones necesarios de adecuación de la oferta al exceso de demanda identificado.

29601, con especial énfasis en la atención materno infantil (incluyendo inversiones en la readecuación de infraestructura y equipamiento de salas de partos culturalmente adaptadas y albergues (Mama Wasis) para familias en espera; (b) actividades de sensibilización, capacitación y fortalecimiento de los recursos humanos (estatales y tradicionales) en salud materno-infantil y adecuación intercultural (incluyendo, por ejemplo, diseño y adecuación curricular, capacitación de formadores, desarrollo del sistema de censos, registro, certificación y acreditación de médicos tradicionales, capacitación en salud intercultural para personal proveedor de servicios de salud); y (c) actividades y materiales de información, educación y comunicación sobre temas de salud preventiva, higiene básica, nutrición y desarrollo infantil dirigidos a las organizaciones sociales y comunitarias.

- 1.15 Para la siguiente fase de financiamiento se prevé que se continúen apoyando la ampliación geográfica de la oferta de servicios relacionados al bono, la implementación a nivel general y a mayor escala de la adecuación intercultural de los servicios, y la incorporación del enfoque intercultural en otras áreas como la salud sexual reproductiva, tuberculosis y el Programa Desnutrición Cero.
- 1.16 **Componente 3: Desarrollo de Organizaciones Sociales y Comunitarias (US\$0,56 millones)**. Este componente tiene por objeto fortalecer las capacidades de las organizaciones sociales y comunitarias, a través de la implementación de la Gestión Integral Comunitaria en el marco del PEEP y la Gestión del modelo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), así como la realización de actividades de apoyo y control social a la implementación del bono y la prestación de servicios adecuados de salud materno-infantil. Mediante este componente se financiarán las siguientes actividades: (i) establecimiento normativo y operacional de la gestión integral comunitaria en el modelo SAFCI: los insumos analíticos y el avance de la elaboración del marco normativo y diseños operacionales para la implementación y operación de las instancias de gestión comunitaria del PEEP en articulación con el modelo de gestión en salud; y (ii) realización de acciones de apoyo y control social para la implementación de la gestión integral comunitaria en el modelo SAFCI: actividades de capacitación, difusión y apoyo a las autoridades y consejos sociales (que incluyen comités locales de salud)¹⁰. Para la siguiente fase de financiamiento se prevé apoyar las acciones de establecimiento operacional de consejos sociales y la realización y de apoyo y control social en un mayor número de municipios.
- 1.17 **Componente 4: Fortalecimiento Institucional y Evaluación (US\$1,97 millones)**. Con este componente se busca fortalecer al MPD, a través de la institucionalización de la UE del PEEP y la realización de actividades de monitoreo y evaluación. Para ello se tiene previsto financiar las siguientes

¹⁰ Con las acciones mencionadas los consejos sociales serán fortalecidos para que cumplan funciones como: (a) la articulación de la salud intercultural con acciones integrales para la erradicación de la pobreza; (b) la identificación de las necesidades para las acciones de adecuación intercultural del nuevo modelo SAFCI (Componente 2); (c) la implementación y seguimiento a un sistema de información comunitario sobre potenciales beneficiarios sub registrados, beneficiarios indocumentados y casos de reclamos del bono; (d) información a los líderes comunitarios y madres beneficiarias sobre el alcance del bono, sus beneficios, derechos y corresponsabilidades; y (e) control social para verificar los resultados del bono en cuanto a las actividades de promoción de salud materno-infantil

actividades: (i) fortalecimiento institucional del PEEP: (a) la institucionalización de la UE del PEEP; y (b) el diseño operacional e implementación piloto de un RUB intersectorial como instrumento de planificación y coordinación de políticas, tomando como base los registros de beneficiarios de programas sociales existentes; y (ii) evaluación y monitoreo: (a) la implementación por medio de UDAPE de una evaluación plurianual de impacto del bono (Componente 1) y de la oferta de servicios de salud (Componente 2), incluyendo el diseño, muestreo, levantamiento de datos y análisis de las encuestas¹¹; y (b) el diseño conceptual y operacional e implementación de un sistema de monitoreo de resultados de los programas que forman parte del Plan Vida y de la presente operación por medio de la UE del PEEP (incluyendo las actividades de capacitación y la compra de software y equipos). Para la siguiente fase de financiamiento se prevé apoyar la implementación general de un RUB intersectorial y de la siguiente fase de la evaluación plurianual de impacto.

- 1.18 **Administración y Auditoría del Programa** (US\$0,49 millones). Para apoyar la implementación del programa, se financiarán: (i) parcialmente los gastos de operación de las unidades responsables de cada componente; y (ii) la auditoría independiente operativa y financiera del programa.
- 1.19 **Costo y financiamiento.** El programa tendrá un costo total de US\$21 millones, de los cuales el Banco financiará US\$20 millones y la contrapartida local será de US\$1 millón (Cuadro I-1). El financiamiento del Banco estará constituido en un 70% con recursos de Capital Ordinario (CO) (US\$14 millones) y 30% con recursos del Fondo para Operaciones Especiales (FOE) (US\$6 millones).

<i>Cuadro I-1: Resumen de Costos por Componente</i>			
<i>Categorías</i>	BID	Aporte Local	Total
Componente I. Transferencias Condicionadas (Bono Juana Azurduy)	\$6,310,000		\$6,310,000
Transferencias Monetarias	\$ 3,350,314		
Mejoramiento de los sistemas de información y gestión	\$ 200,000		
Ampliación de la UE	\$ 500,000		
Cedulación y Certificados	\$ 2,259,686		
Componente II. Oferta de Servicios	\$10,670,000		\$10,670,000
Readecuación de infraestructura y Equipamiento	\$ 7,000,000		
Equipos Móviles SAFCI	\$ 2,410,000		
Adecuación Intercultural	\$ 1,160,000		
Ampliación de la UCOFI	\$ 100,000		
Componente III. Organizaciones Sociales y Comunitarias	\$560,000	\$500,000	\$1,060,000
Establecimiento de Consejos Sociales	\$ 260,000		
Acciones de Apoyo y Control Social de los Consejos	\$ 300,000		

¹¹ Los resultados preliminares de una primera ronda de evaluación de impacto estarán listos antes de completar el procesamiento de una fase II.

Componente IV. Fortalecimiento Institucional y Evaluación	\$1,970,000		\$1,970,000
Institucionalización de la UE del PEEP	\$ 1,000,000.00		
Diseño y Piloto de un RUB Intersectorial	\$ 500,000.00		
Línea de Base para la Evaluación del Componente I y II	\$ 270,000.00		
Diseño e Implementación del Sistema de Monitoreo Plan Vida	\$ 200,000.00		
Administración y Auditoría del Programa	\$490,000	\$500,000	\$990,000
Administración	\$390,000		
Auditoría	\$100,000		
Total	\$20,000,000	\$1,000,000	\$21,000,000
Porcentaje	95%	5%	100%

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.20 El Marco de Resultados del Programa presenta indicadores, líneas de base y metas de resultados del programa multifase. Los indicadores de resultados son los siguientes: (i) disminución de la malnutrición crónica, estimada a partir de la talla para la edad, entre los niños entre tres meses y dos años; (ii) disminución de la incidencia de EDA e IRAs en niños entre seis meses y dos años; (iii) disminución de la incidencia de anemia en niños entre seis meses y dos años; (iv) el incremento de la consulta y cobertura de control prenatal, parto institucional y control post-natal para madres embarazadas, o con niños menores de dos años; y (v) grado de satisfacción de hogares usuarios con calidad de los servicios de salud y nutrición recibidos. Como indicadores de resultados intermedios para el Componente 1 se han seleccionado indicadores de inversión en desarrollo humano que se desprenden de manera directa de la entrega de transferencias en efectivo y del monitoreo e implementación de las corresponsabilidades, mientras que para el Componente 2 se desprenden de la mejora en infraestructura, equipamiento y recursos humanos de establecimientos de primer y segundo nivel, así como de la mejor adecuación intercultural en el marco del modelo SAFCI. El Marco de Resultados (Anexo II) también contiene los indicadores intermedios para el resto de los componentes. En el enlace “Arreglos de Monitoreo y Evaluación” se describe la estrategia que será utilizada para el monitoreo de dichos indicadores.
- 1.21 **Viabilidad económica:** Un cálculo de viabilidad económica del programa basado en un análisis costo beneficio es difícil, considerando que está conformado por un conjunto de distintos programas y objetivos y enfrenta la dificultad de la medición de beneficios, medición que a su vez requeriría de evaluaciones de impacto. Por ejemplo, en el caso del bono, se necesitaría medir el impacto que el programa tiene en los controles de salud de embarazadas y las post-natales de niños. Por el lado de los costos, sería necesario medir el costo de oportunidad del dinero destinado a este programa. En ausencia de la base de información requerida para estas estimaciones, se optó por realizar un ejercicio simple de cálculo del valor presente neto del beneficio privado (flujo de ingresos adicionales) asociados con la mejora en la nutrición, así como con las muertes que se evitan, midiendo el incremento en el flujo de ingresos que recibirá el niño a lo largo de su vida. Este

cálculo estima que el beneficio privado alcanza los US\$86 dólares, en promedio, por destinatario por año, a lo largo de su vida (ver detalles en [link](#)). También se hizo un esfuerzo para calcular los costos económicos, para determinar el flujo neto esperado y así poder obtener una tasa interna de retorno (TIR). El análisis considera dos fuentes de costos: (i) el costo inicial del proyecto, producto de la inversión realizada por el BID (US\$20 millones); y (ii) el costo adicional de educación pública, producto del aumento en el número de estudiantes a partir de las vidas salvadas en virtud de la implementación del programa (US\$3,5 millones). A partir del descuento de flujos futuros, netos de los costos del proyecto y de la educación, se obtiene una TIR de 11,84% (sin considerar transferencias) y de 13,65% (considerando transferencias), lo cual indica que existe un valor presente neto del programa (a una tasa del 10%) de US\$3 y US\$6 millones respectivamente, por lo que el proyecto se considera viable económicamente.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

2.1 **Préstamo de inversión multifase.** Considerando que la presente operación apoya el proceso de implementación de la estrategia de erradicación de la extrema pobreza de Bolivia, con énfasis en el acompañamiento de la extensión de la cobertura del Bono Juana Azurduy, uno de los principales programas de desarrollo humano del GoB, incluyendo el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para garantizar el acceso y calidad de los mismos a las familias beneficiarias y la conformación al interior del MPD de la entidad responsable de la implementación y seguimiento de dicha estrategia de largo plazo, se ha establecido que el instrumento financiero más adecuado para el objetivo y características del programa solicitado es un préstamo de inversión multifase.

2.2 **Cronograma de desembolsos.** El período de desembolsos de esta primera fase es de 36 meses a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo. El Cuadro II-1 muestra la previsión estimada de desembolsos de los recursos del programa.

2.3 **Auditoría operativa financiera.** La UE del PEEP será responsable de la contratación de una firma auditora externa y presentará estados financieros anuales auditados del programa

Cuadro II-1. Calendario tentativo de desembolsos (millones de US\$)

Fuente	Año I	Año II	Año III	Total	%
BID	4,0	7,0	9,0	20,0	95,00
Local	0,3	0,3	0,4	1,0	5,00
Total	4,3	7,3	9,4	21,0	100,00
%	20,00	35,00	45,00	100,00	

dentro de los 120 días siguientes al cierre del respectivo ejercicio fiscal y un estado financiero final dentro de los 120 días siguientes a la fecha del último desembolso, según los lineamientos establecidos en los términos de referencia para auditoría externa de programas financiados por el BID (Documentos AF-200 y AF-400). Los costos de la auditoría serán financiados por el programa.

- 2.4 Adicionalmente, los auditores deberán emitir los siguientes informes de auditoría financiera y operativa: (i) dictamen sobre la certificación de los pagos efectuados a los beneficiarios del Bono Juana Azurduy, conforme al criterio aplicado a los dictámenes de auditoría externa. Estos informes constituyen revisiones ex post de las rendiciones de gastos del programa presentadas al BID y aquellas pendientes de dictamen no podrán superar el 40% del monto del préstamo destinado a las transferencias del Bono; (ii) dictamen de verificación muestral del cumplimiento de los compromisos en salud establecidos para el bono; (iii) dictamen respecto al cumplimiento de los procedimientos acordados en el contrato de préstamo y las normas aplicables en materia de adquisiciones de bienes y la contratación de servicios y consultorías; y (iv) informe del cumplimiento de los hitos de activación de la siguiente fase del programa.

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.5 Esta operación, de acuerdo al Filtro de Salvaguarda Ambiental (Directiva de Política de Salvaguardias Ambientales OP-703) fue clasificada como “C”. Los impactos sociales del programa son positivos, al estar directamente relacionados al aumento del desarrollo humano y el resguardo de la seguridad alimentaria de los hogares más pobres e indígenas del país. Además, desde su diseño, el programa incluye salvaguardias que aumentan la probabilidad de estos impactos sociales positivos, al fortalecer la capacidad de las instituciones públicas para la gestión de uno de los principales programas de protección social del país y su articulación con los servicios sociales. Finalmente, la presente operación beneficiará a pueblos originarios tradicionalmente excluidos del acceso a servicios públicos, considerando y fortaleciendo la pertinencia cultural en la mejora de la oferta de servicios de salud y el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias a través de su participación más activa en la gestión, planificación e implementación de los programas considerados, siguiendo los lineamientos de la Política Operativa para Pueblos Indígenas y la Estrategia para el Desarrollo Indígena del Banco. Este programa podría generar impactos ambientales negativos menores mediante la generación de desechos sanitarios en los puestos y centros de salud; sin embargo, el MSD se encuentra en proceso avanzado de aprobación de las normas de caracterización de manejo de residuos sanitarios. La aplicación de estas normas será condición especial de ejecución para la aprobación de los expedientes técnicos de las obras a ser financiadas por el presente programa, lo cual debe ser estipulado en el ROP.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.6 **Capacidad institucional y riesgo fiduciario.** De los organismos ejecutores (OEs) del programa, el MSD cuenta con capacidad técnica y experiencia fiduciaria en la implementación de múltiples programas de fortalecimiento de los servicios de salud con financiamiento internacional, tanto del BID como del BM. Sin embargo, la puesta en marcha de un nuevo programa de transferencias de ingreso condicionadas le implica afrontar importantes retos y riesgos técnicos y fiduciarios, considerando que la implantación de este tipo de programas requiere del desarrollo de una serie de procesos críticos para asegurar su eficiencia,

transparencia e impacto. En ese sentido, con la presente operación y de forma complementaria y coordinada a la operación paralela del BM, se tiene previsto desarrollar una serie de actividades para terminar de dotar a la UTEB del modelo de gestión y el sistema de información requeridos para el funcionamiento del ciclo de procesos críticos que caracteriza a las transferencias monetarias (registro de beneficiarios, mecanismo de pagos, verificación de corresponsabilidades, acompañamiento de beneficiarios, entre otros). Asimismo, en lo que concierne a la gestión financiera y de procesos de adquisición, el MSD esta implementado, al interior de la DGA, la UCOFI, que se constituirá en el órgano de línea especializado en la gestión fiduciaria de programas con financiamiento externo. La conformación de esta unidad será apoyada con el presente programa.

- 2.7 Con relación al MPD, el programa apoyará la constitución de la UE del PEEP, la cual se encuentra en proceso de conformación jurídica e institucional, financiando actividades de fortalecimiento institucional de sus capacidades de gestión (programática, técnica, operativa y fiduciaria) y de monitoreo. Con base en lo anterior, se clasifica como riesgo “mediano” el manejo fiduciario del programa. Por lo tanto, el equipo fiduciario del Banco acompañará estrechamente en el primer año de ejecución, para fortalecer las capacidades institucionales en esta materia.

D. Otros Riesgos

- 2.8 **Coordinación intersectorial e interjurisdiccional.** La implementación del presente programa requiere de una activa y adecuada coordinación interinstitucional, entre el MSD (UTEB, DGSS y UCOFI-DGA) y el MPD (UE del PEEP) e interjurisdiccional entre dichos Ministerios con las prefecturas, municipios y organizaciones sociales y comunitarias. En ese sentido, la presión que podrían generar dichas instancias sobre el programa, más aún en contextos electorales (elecciones prefecturales de abril 2010), genera un alto riesgo de comprometer el rigor y calidad del mismo, así como frenar su implementación descentralizada, particularmente sobre el componente que financia el bono. Para mitigar este riesgo, los Bancos y el Gobierno acordaron fortalecer las capacidades técnicas y sistemas de gestión para la implementación del programa y de gestión y coordinación del MPD con los demás ministerios que tienen incidencia en la implantación del Plan Vida, destacando la importancia de establecer mecanismos de control social basados en las organizaciones comunitarias. La asistencia técnica de esta operación esta orientada a apoyar la implementación de las referidas acciones, de manera previa a su elegibilidad para desembolsos.

III. PLAN DE GERENCIA E IMPLEMENTACIÓN

A. Resumen del esquema de ejecución

- 3.1 El Prestatario será el Estado Plurinacional de Bolivia. La entidad coordinadora del programa será el MPD, mediante la UE del PEEP. Los OEs serán el MPD y el MSD.

- 3.2 **Organismos ejecutores del Programa.** Si bien los componentes del programa forman parte integral de las áreas de acción priorizadas por el PEEP - Plan Vida, su implementación directa será responsabilidad de dos ministerios y a través de dos cuentas especiales, a efectos de hacer un mejor uso de las capacidades técnicas y operativas sectoriales de los mismos y contar con la flexibilidad necesaria para garantizar su eficiente ejecución. Sin embargo, para garantizar una adecuada coordinación del conjunto de actividades del programa, el MPD será responsable de asegurar una adecuada articulación entre las entidades intervinientes en los distintos componentes y del monitoreo integral del programa en el marco del sistema de seguimiento del PEEP – Plan Vida. El detalle de los arreglos institucionales para los efectos de la coordinación de actividades del programa formarán parte de su respectivo RO.
- 3.3 Los Componentes 1 y 2 serán ejecutados por el MSD, a través de la UTEB y la UCOFI, dependiente de su Dirección General de Asuntos Administrativos (DGA). Los Componentes 3 y 4 serán ejecutados por el MPD, por intermedio de la UE del PEEP.
- 3.4 En el caso del MSD, la UTEB y la Dirección de Servicios de Salud serán responsables de los aspectos técnicos y operativos de los Componentes 1 y 2, respectivamente, mientras que la UCOFI, dependiente de su DGA, se encargará de administrar las adquisiciones y el manejo financiero del programa. Por su lado, el UE del PEEP ejecutará los Componentes 3 y 4, mediante su oficina nacional y seis oficinas regionales responsables de las acciones de planificación, gestión, administración, y monitoreo de dichos componentes y además contará con un área administrativa responsable de la gestión de las adquisiciones, el manejo contable y financiero y del soporte logístico y de sistemas. Las oficinas regionales del UE del PEEP contarán con una estructura que permita la promoción, articulación y acompañamiento de las actividades del PEEP a nivel descentralizado.
- 3.5 **Instrumentos normativos de la ejecución.** La ejecución del programa se ajustará a los términos, condiciones, requisitos, normas y procedimientos operativos, técnicos y financieros establecidos en: (i) en el contrato de préstamo a suscribirse entre el prestatario y el Banco; y (ii) el ROP.
- 3.6 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:** (i) **evidencia de la entrada en vigencia del ROP**, incluyendo como anexo la versión actualizada del RO del Bono Juana Azurduy acordada con el BID; (ii) **evidencia de la presentación del estudio de brecha (línea de base) de la oferta de servicios de salud** conforme a los términos de referencia acordados entre el GoB y el BID; y (iii) **evidencia de la contratación de los servicios de consultoría para el levantamiento de la línea de base para la evaluación de impacto del Bono Juana Azurduy.**
- 3.7 **Condiciones contractuales especiales previas al desembolso de cada componente:** **Componente 1 (i):** transferencias monetarias a las familias elegibles: (i) **evidencia de la contratación de las entidades responsables del**

pago de las transferencias monetarias a las familias beneficiarias del bono conforme a los términos de referencia acordados entre el GoB, el BM y el BID; y (ii) **evidencia del funcionamiento del sistema de información y gestión del bono** (sistema de registro y seguimiento de beneficiarios, sistema de verificación de corresponsabilidades, sistema de administración y control de pagos, etc.) según lo establecido en su RO actualizado; **Componente 2: Evidencia de la contratación y/o designación del personal requerido para ejecutar las actividades del programa en la UCOFI del MSD**, incluyendo como mínimo el coordinador, administrador, especialista en adquisiciones y especialista financiero; **Componente 3: Evidencia de la presentación del diseño conceptual y operacional del Componente 3 aprobado por el GoB y el Banco;** **Componente 4: (i) evidencia de la contratación y/o designación del personal requerido para ejecutar las actividades del programa en la UE del PEEP del MPD**, incluyendo como mínimo el coordinador, administrador, especialista en adquisiciones y especialista financiero; y (ii) **evidencia de la presentación del diseño del sistema de monitoreo de los programas que forman parte del Plan Vida, incluyendo el presente programa.**

B. Adquisiciones

- 3.8 Las adquisiciones del programa se realizarán de conformidad con las “Políticas para la adquisición de bienes y obras financiados por el BID” (GN-2349-7); las “Políticas para la Selección y Contratación de consultores financiados por el BID” (GN-2350-7), ambas de julio de 2006, y con las provisiones establecidas en el contrato de préstamo y el Plan de Adquisiciones.
- 3.9 La supervisión de las adquisiciones de obras, bienes y servicios y las contrataciones de servicios de consultoría que se realicen con recursos del programa se llevarán a cabo de manera *ex ante*, conforme a lo estipulado en el Numeral 4 del Apéndice I de los documentos GN-2349-7 y GN-2350-7 y de acuerdo al procedimiento estipulado en el ROP. Esta modalidad de revisión podrá ser modificada a la modalidad *ex post*, previo consentimiento escrito del Banco y sobre la base de un análisis de capacidad institucional de los OEs del programa. El plan de adquisiciones será la base para que periódicamente el Banco, en acuerdo con los OEs y en base a la relevancia, jerarquía y riesgos de cada actividad, identifique las modalidades de revisión a aplicarse a los distintos procesos de adquisición.
- 3.10 **Fondo Rotatorio.** El programa operará con un fondo rotatorio del 5%.

C. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.11 El monitoreo y evaluación del programa será responsabilidad de la UE del PEEP, con el apoyo técnico de UDAPE. En el caso específico del Componente 1, la UTEB, responsable del Bono Juana Azurduy recolecta información para el seguimiento del avance del programa e identifica las diferencias entre la ejecución real y la planificada, lo cual sirve de base para identificar eventuales desviaciones en la ejecución y la adopción de las medidas correctivas. Se tiene previsto evaluar el efecto del Componente 1 haciendo uso de tres estrategias: (i) estimadores de

doble diferencia (Difference-in-differences, DID); (ii) regression discontinuity design (RDD) con corte de elegibilidad por edad; y (iii) variables instrumentales (IV) basadas en modelo cuasi experimental de promoción aleatoria del bono. Como en otras evaluaciones, el objetivo será estimar el efecto promedio del tratamiento (por ejemplo, la participación de una madre o niño en el Bono Juana Azurduy) sobre variables de interés en niños menores de dos años y madres embarazadas (por ejemplo, desnutrición crónica, incidencia de EDAs e IRAs, vacunación completa, anemia, consulta y cobertura de control prenatal, parto institucional y control post natal). El reto es encontrar un grupo de comparación apropiado entre los individuos no tratados dada la universalidad del bono. Encontrado un grupo de control adecuado, el estimador DID o RDD supone que, en ausencia del tratamiento, la diferencia promedio en la variable de resultado entre el grupo de tratamiento y de control, habría permanecido constante. Por otro lado, el estimador IV permitirá encontrar un efecto causal entre el bono y las variables de interés. Para el Componente 2, también se usará DID para observar el efecto del programa sobre la calidad de atención de los servicios de salud intervenidos¹². Las estrategias específicas para monitorear y evaluar los resultados e impactos del programa se presentan en el enlace electrónico “Arreglos de Monitoreo y Evaluación”.

D. Actividades de diseño posteriores a la aprobación

- 3.12 Conforme a lo establecido en los párrafos 3.6 y 3.7, durante la etapa entre la aprobación del préstamo y su elegibilidad para desembolsos, se realizarán las siguientes actividades pendientes de diseño (todas las cuales serán apoyadas por asistencia técnica de cooperación técnica no reembolsable): (i) finalización del ROP de esta operación, incluyendo el RO del bono (a cargo de PEEP-MPD y MSD); (ii) estudio de brechas de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención en los municipios beneficiarios del programa (a cargo del MSD, en coordinación con PEEP-MPD y UDAPE-MPD); (iii) finalización del diseño de la evaluación de impacto del bono e inicio del levantamiento de la línea de base (a cargo de UDAPE-MPD); (iv) diseño detallado del Componente 3 (Desarrollo de Organizaciones Sociales y Comunitarias), incluyendo la definición de las actividades concretas a ser incluidas dentro de cada línea de financiamiento y el ajuste de la matriz de resultados y el POA (a cargo de PEEP-MPD); y (v) diseño del sistema de monitoreo para el Plan Vida e inicio de su implementación (a cargo de PEEP-MPD).

¹² También se evaluarán los efectos de la oferta y demanda en conjunto en diversos outcomes. La metodología sería DID o RDD para observar el efecto del bono en municipios con alta calidad de oferta y en municipios con baja calidad de oferta.

MARCO DE RESULTADOS				
OBJETIVO DEL PROYECTO	Contribuir a la reducción de la transmisión intergeneracional de la pobreza en Bolivia, mediante la inversión en el desarrollo humano de las madres, los niños y niñas de los hogares más pobres del país.			
IMPACTO ESPERADO	Fortalecer la inversión en salud y desarrollo humano desde la edad temprana en los 33 municipios de priorizados			
INDICADORES DE RESULTADO	Línea de Base 2009/2010	Medio termino 2012	Meta al Final del Programa 2014	Comentarios
(i) Nutrición: 1. Reducir la prevalencia de desnutrición crónica, estimada a partir de la talla para la edad, para los niños entre 3 meses y 2 años en áreas rurales	1. 27.8% (rural) (*)	1. 25% (rural)	1. 23% (rural)	El mejoramiento en estos indicadores de salud de niños y madres a través del cuidado integral de la madre embarazada y en lactancia con una gestión social, conllevará a una reducción de la mortalidad infantil y materna. Asimismo, se generará una mejora en la eficiencia del gasto social mediante la articulación de programas por un fortalecimiento de la gestión del PEEP por medio de un RUB.
(ii) Salud: 2. Decrecer la incidencia de EDAs e IRAs en niños entre 6 meses y 2 años. 3. Decrecer incidencia de anemia en niños entre 6 meses y 2 años. 4. Aumentar el porcentaje de parto institucional sobre total de partos en áreas rurales.	2. IRA: 23.83%, EDA: 29.86% (*) 3. 77.65% (*) 4. 53.9% (rural) (*)	2. IRA: 21.6%, EDA:27% 3. 75% 4. 56% (rural)	2. IRA: 19%, EDA:24% 3. 72% 4. 60% (rural)	
(iii) Desarrollo Comunitario 5. Aumentar el número de municipios que incluyen en su POA recursos para la gestión comunitaria.	5. No hay datos exactos, pero el MSD informa que algunos municipios de Potosí cuentan con comités locales de salud. Este dato estará disponible Febrero 2010 con línea de base establecimientos de salud	5. 25 municipios.	5. 25 municipios adicionales.	
6. Aumentar el número de municipios que implementan un sistema de	6. No existe	6. Sistema diseñado.	6. Sistema funcionando.	

*Fuente: ENDSA 2008, Datos preliminares nacionales a menos que se especifique si el dato rural esta disponible

información y monitoreo consistente que identifica potenciales beneficiarios y beneficiarios indocumentados.				
(iv) Fortalecer la gestión del PEEP contribuyendo con capacidad gerencial y administrativa y mecanismos adecuados para la entrega de incentivos individuales en salud				Monitoreo PEEP
7. Implementacion de un RUB inter-sectorial.	7. No existe.	7. RUB diseñado.	7. Bases de datos integradas y censo iniciado	
8. Numero de programas del Plan Vida para los cuales el sistema de monitoreo esté levantando información regularmente.	8. 0	8. 2 programas.	8. 4 programas	
COMPONENTE I: TRANSFERENCIAS MONETARIAS CON CORRESPONSABILIDADES				
Resultados Intermedios	Línea de Base 2009/2010	Medio termino 2012	Meta al Final del Programa 2014	Fuente de Datos/ Responsables
1. Aumentar el número de niños menores de 2 años asistiendo a controles post-natales por médico, enfermera o auxiliar de enfermería durante primer mes de nacido.	1. 87.5% (rural) (*)	1. 90% (rural)	1. 93% (rural)	Línea de base hogares (UDAPE)
2. Aumentar el número de los niños entre 12 y 23 meses con vacunación completa.	2. 66.6% (*)	2. 70%	2. 75%	Línea de base hogares (UDAPE)
3. Aumentar el número de madres con niños menores de 2 años que asisten al menos a 4 controles pre-natales por médico, enfermera o auxiliar de enfermería para el nacimiento mas	3. 59.4% (rural) (*)	3. 63%	3. 68%	Línea de base hogares (UDAPE)
				Línea de base hogares

(*)Fuente: ENDSA 2008, Datos preliminares nacionales a menos que se especifique si el dato rural esta disponible

<p>reciente.</p> <p>4. Aumentar el número de las madres con niños menores de 2 años que asisten a controles post-parto dentro de 7 días después de parto.</p> <p>5. Aumentar la tasa de inscripción al Bono de mujeres y niños.</p> <p>Tasa de fertilidad (Link)</p> <p>6. Enlace electrónico FERTILIDAD)</p>	<p>4. 64.3% (rural) (*)</p> <p>5. No hay datos exactos, pero el equipo ejecutor del <i>Bono Juana Azurduy</i> informa que esta tasa se sitúa alrededor del 20% de las mujeres y niños elegibles.</p> <p>6. 3,5 (rural)</p>	<p>4. 70%</p> <p>5. 75% de las mujeres y niños/niñas elegibles en 80% de los municipios están registrados y han recibido 4 pagos.</p> <p>6. 3</p>	<p>4. 77%</p> <p>5. 75% de las mujeres y niños/niñas elegibles en en 80% de los municipios <i>adicionales</i> están registrados y han recibido 4 pagos.</p> <p>6. 2,5</p>	<p>(UDAPE)</p> <p>UDAPE, SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica), registros equipo ejecutor del <i>Bono Juana Azurduy</i> y (MSD)</p>
COMPONENTE II: fortalecimiento de la oferta de servicios integrales de salud				
Resultados Intermedios	Línea de Base 2009/2010	Medio termino 2012	Meta al Final del Programa 2014	Fuente de Datos/ Responsables
1. Establecimientos de primer y segundo nivel cuya infraestructura, equipamiento y recursos humanos cumplan normas de caracterización de MSD.	1. Este dato estará disponible febrero 2010 con línea de base establecimientos de salud.	1. 80% de los establecimientos de salud (infraestructura y equipamiento) cumplen con las normas de caracterización del MSD.	1. 80% de los establecimientos de salud (infraestructura y equipamiento) cumplen con las normas de caracterización del MSD en municipios <i>adicionales</i> .	Línea de base establecimientos de salud (UDAPE y MSD)
2. Números de procedimientos de salud para adecuación intercultural aprobados en el marco del modelo SAFCI.	2. No hay datos al respecto, pero el MSD proveerá esta información.	2. 2 protocolos clínicos.	2. 2 o más protocolos clínicos.	MSD
3. Número de municipios con personal de salud estatal capacitados en salud materno-infantil y/o adecuación intercultural.	3. 0	3. Al menos 15 de los 20 municipios en el Occidente y al menos 9 de los 13 en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios)	3. Al menos 15 municipios <i>adicionales</i> en el Occidente y al menos 9 municipios <i>adicionales</i> en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios)	Monitoreo PEEP

Página 4 de 7

4. Numero de médicos tradicionales registrados	4. 0%	4. 50%	4. 80%	Registro MSD
5. Número mujeres y niños atendidos en establecimiento de salud de primer y segundo nivel.	5. No hay datos al respecto, pero el SNIS proveerá esta información.	5. 50%	5. 80%	SNIS y registros equipo ejecutor del <i>Bono Juana Azurduy</i> (MSD).
6. Grado de satisfacción de hogares usuarios con calidad de los servicios de salud y nutrición recibidos.	6. Este dato estará disponible Febrero 2010 con encuesta de línea de base establecimientos de salud.			Línea de base establecimientos de salud.
COMPONENTE III: desarrollo de organizaciones sociales y comunitarias				
Resultados Intermedios	Línea de Base 2009/2010	Medio termino 2012	Meta al Final del Programa 2014	Fuente de Datos/ Responsables
1. Aumentar número de municipios donde madres con niños menores de 2 años que asisten a talleres y mejoran su comprensión de las prácticas de salud materno-infantil.	1. No existe dato.	1. Al menos 15 de los 20 municipios en el Occidente y al menos 9 de los 13 en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios).	1. Al menos 15 municipios <i>adicionales</i> en el Occidente y al menos 9 municipios <i>adicionales</i> en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios).	Monitoreo PEEP
2. Aumento en número de municipios donde se haya realizado actividades de capacitación o difusión sobre la gestión social del nuevo modelo SAFCI.	2. No existe dato.	2. Al menos 15 de los 20 municipios en el Occidente y al menos 9 de los 13 en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios).	2. Al menos 15 municipios <i>adicionales</i> en el Occidente y al menos 9 municipios <i>adicionales</i> en el Oriente (aproximadamente 80% de municipios).	
COMPONENTE IV: Fortalecimiento Institucional y evaluación				
Resultados Intermedios	Línea de Base 2009/2010	Medio termino 2012	Meta al Final del Programa 2014	Fuente de Datos/ Responsables
1. Sistema de Información y Monitoreo de apoyo a la toma de decisiones de política en los programas de protección social	1. No existe	1. Diseñado	1.Sistema operando y en uso	PEEP

RESUMEN DE PLAN DE ADQUISICIONES

ACTIVIDAD	Denominación	Método adquisición	Revisión Ex-ante (SI / NO)	Fuente de financimiento	Fuente de financimiento	Monto estimado (US\$)	Fechas			Comentarios
				BID %	Aporte Local %		Inicio del proceso	Firma contrato	Fin del contrato o (plazo)	
BIENES Y SERVICIOS DIFERENTES A CONSULTORIA										
	COMPONENTE 1									
	Adquisicion de equipos de computo MSD	A definir	NO	100%			20-May-10	16-Jun-10	30-Jun-10	
	Contratacion de agencias financieras	LPN	SI	100%			15-Apr-10	7-Jul-10	A definir	
	COMPONENTE 2									
	Adquisicion de equipamiento medico paquetes 1, 2 y 3	LPI	SI	100%			20-May-10	A definir	A definir	Se intentará hacer un solo proceso
	Adquisicion de equipamiento medico básico paquete 1	LPN	SI	100%			20-May-10	22-Sep-10	A definir	
	Adquisicion de equipamiento medico básico paquete 2	LPN	SI	100%			12-Aug-10	3-Nov-10	A definir	
	Adquisicion de equipamiento medico básico paquete 3	LPN	SI	100%			21-Feb-11	24-Jun-11	A definir	
	Compra de equipamientos brigadas SAFCI paquete 1	LPN	SI	100%			20-May-10	22-Sep-10	A definir	Definir si se comprarán por separado o en un lote
	Compra de equipamientos brigadas SAFCI paquete 2	LPN	SI	100%			27-Sep-10	28-Jan-11	A definir	
	Compra de equipamientos brigadas SAFCI paquete 3	LPN	SI	100%			29-Nov-10	1-Apr-11	A definir	
	COMPONENTE 3									
	Materiales para difusión y capacitación	ID	NO	100%			A definir	A definir	A definir	
	Talleres	ID	A definir	100%			A definir	A definir	A definir	Número de talleres a definir
	COMPONENTE 4									
	Adquisición de equipos de computo	ID	NO	100%			24-Aug-10	11-Oct-10	22-Nov-10	
	Adquisición de software	A definir	A definir	100%			24-Aug-10	4-Oct-10	A definir	Falta información sobre si
	Administración y auditorías									
	Adquisición de equipamiento informático	ID	NO	100%			A definir	A definir	A definir	
	TOTAL BIENES Y SERVICIOS DISTINTOS A CONSULTORIA									
OBRAS DE INFRAESTRUCTURA										
	COMPONENTE 2									
	Licitacion de obras paquete 1	A definir	SI	100%			19-Jan-10	24-May-10	A definir	
	Licitacion de obras paquete 2	A definir	SI	100%			1-Jul-10	22-Sep-10	A definir	
	Licitacion de obras paquete 3	A definir	SI	100%			21-Feb-11	13-May-11	A definir	
	TOTAL OBRAS DE INFRAESTRUCTURA									
FIRMAS CONSULTORAS										
	Administración y auditorías									
	Empresa auditora	ID	Si	100%			18-Oct-10	26-Nov-10	Firmar del Documento	
	TOTAL FIRMAS CONSULTORAS									
CONSULTORES INDIVIDUALES										
	COMPONENTE 1									
	Ajuste al manual operativo	ID	SI	100%			16-Nov-09	10-Dec-09	11-Jun-10	
	Contratacion de equipo operativo MSD	A definir	A definir	A definir			5-Jul-10	29-Jul-10	A definir	Quien paga estos
	COMPONENTE 2									
	Elaboracion de estrategia de capacitacion	ID	A definir	100%			20-May-10	30-Jun-10	11-Aug-10	

RESUMEN DE PLAN DE ADQUISICIONES

ACTIVIDAD	Denominación	Método adquisición	Revisión Ex-ante (SI / NO)	Fuente de financiamiento	Fuente de financiamiento	Monto estimado (US\$)	Fechas			Comentarios
							Inicio del proceso	Firma contrato	Fin del contrato o (plazo)	
	Elaboracion de materiales	ID	NO	100%			20-May-10	14-Jul-10	1-Dec-10	
	COMPONENTE 3									
	Diseño del sistema de identificacion de beneficiarios potenciales, adaptado a la realidad local.	ID	SI	100%			7-Feb-11	1-Apr-11	A definir	
	COMPONENTE 4									
	Contracion de personal para programa BID	ID	A definir	A definir			6/28/2010	8/20/2010	A definir	Falta información sobre
	Administración y auditorías									
	Consultores	ID	SI	100%			A definir	A definir	A definir	Número a definir
	TOTAL CONSULTORIA INDIVIDUAL									
	GRAN TOTAL									

* Invitación directa
Podría darse que las capacitaciones y algunas acciones del componente 3 relacionadas a los comites requieran consultores