

Documento de Cooperación Técnica

I. Información Básica del proyecto

▪ País/Región:	Estado Plurinacional de Bolivia (BO)
▪ Nombre de la CT:	Apoyo al Ministerio de Salud de Bolivia en el Desarrollo del Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal
▪ Número de CT:	BO-T1283
Jefe de Equipo/Miembros:	Luis Buscarons, Jefe de equipo (SPH/CBO); Nohora Alvarado, Jefe Alterno (SPH/CBO); Emma Iriarte (SPH/CPN); Matilde Neret (SCL/SPH); Diana De León (FMP/CBO); Carolina Escudero (FMP/CBO); Javier Jiménez (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); Joyce Elliot (CAN/CBO); Christian Lunstedt (CAN/CBO)
▪ Indicar si es: Apoyo Operativo, Apoyo al Cliente, o Investigación y Difusión	Apoyo al Cliente
▪ Fecha del Abstracto de CT:	12 mayo 2017
▪ Beneficiario:	Ministerio de Salud de Bolivia
▪ Agencia Ejecutora y nombre de contacto:	Banco Interamericano de Desarrollo
▪ Donantes que proveerán financiamiento:	Programa Estratégico para el Desarrollo de Países Financiado con Capital Ordinario (CTY).
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$250.000
▪ Contrapartida Local, si hay:	No
▪ Periodo de Desembolso:	24 meses
▪ Fecha de Inicio Requerido:	15 de agosto de 2017
▪ Tipos de consultores:	Firmas y consultores individuales
▪ Unidad de Preparación:	División de Protección Social y Salud
▪ Unidad Responsable de Desembolso (UDR):	Representación del Banco en Bolivia
▪ CT incluida en la Estrategia de País (s/n):	Si
▪ CT incluida en CPD (s/n):	Si
▪ Alineación a la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020:	Alineación a la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020: Inclusión social e igualdad; Igualdad de Género y diversidad; Capacidad Institucional y estado de derecho.

II. Objetivos y Justificación de la CT

- 2.1. La mortalidad materna (MM) y neonatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables¹; aun así, la MM no está declinando al ritmo esperado². Bolivia, con una tasa de MM de 160 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (NV)³, se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití).
- 2.2. Aunque en los últimos años la evolución de la razón de MM (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011⁴, los intervalos de confianza y las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplios. Los

¹ Campbell, OMR, WJ Graham. 2006. *Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works*. Lancet, 368:1284-99

² Hogan, MC, KJ Foreman, M Naghavi, SY Ahn, M Wang, SM Makela, AD López, R Lozano, CJL Murray. 2010. Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis of Progress Towards Millenium Development Goal 5. Lancet, 375:1609-23.

³ Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011. Ministerio de Salud, 2016

departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional; el Departamento del Beni presentó en 2011 una RMM de 96 y el de Pando de 68. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. También hubo reducciones en Tarija (de 179 a 63), en Chuquisaca (de 108 a 85) y Santa Cruz (de 101 a 60). No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289), Cochabamba (pasando de 130 a 188) y Pando (pasando de 0 a 69). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MM⁴. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y postparto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población⁵.

- 2.3. La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se sitúa en 31/mil NV (2015). Casi un 30% de las MP ocurren en las 24 horas después del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas⁶. Las principales causas de la MP son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%) y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP⁷.
- 2.4. No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyN sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto^{8,9}. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyP que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la

⁴ OMS. *Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, 2016

⁵ El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población y aymara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

⁶ OMS. *Bolivia Neonatal and Child Health Profile. American Region*, 2016

⁷ Keyes, LE, F Almanza, S Niermeyer, E Vargas, DA Young, LG Moore. 2003. *Intrauterine Growth Restriction, Preeclampsia, and Intrauterine Mortality at High Altitude in Bolivia*. *Pediatric Research*, 54, 1:20-25

⁸ Campbell, OMR, WJ Graham. 2006. *Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works*. *Lancet*, 368:1284-99.

⁹ Hogan, MC, KJ Foreman, M Naghavi, SY Ahn, M Wang, SM Makela, AD López, R Lozano, CJL Murray. 2010. *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis of Progress Towards Millenium Development Goal 5*. *Lancet*, 375:1609-23.

salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, como un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato¹⁰.

- 2.5. En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989¹¹. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008¹²; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015¹³. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo¹⁴. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyN: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.
- 2.6. La anemia en mujeres en edad fértil en Bolivia fue del 38% en 2008, según el dato más reciente¹⁵; la tasa de anemia en mujeres está aumentando. El consumo de suplementos prenatales a nivel nacional fue 62% en 2004 y 77% en 2008; en los municipios con más pobreza extrema y en el quintil de ingresos más bajo fue un 70%¹⁶. Recientemente la OMS publicó la recomendación, basada en evidencia, de introducir medidas específicas de nutrición en la atención prenatal para un embarazo positivo¹⁷. Estas medidas incluyen: la suplementación con dosis ajustadas de hierro, ácido fólico (para reducir la probabilidad de defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas) y calcio (para reducir la hipertensión); el manejo activo de la ganancia de peso durante el embarazo y la modificación de conductas alimentarias para evitar una ganancia excesiva de peso; y la introducción de alimentos complementarios balanceados sólo en caso de bajo peso para evitar bajo peso al nacer y muerte neonatal. Durante el manejo activo de la tercera etapa del parto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los primeros meses de vida. La OMS también ha suprimido recomendaciones previas como la suplementación con proteínas y múltiples micronutrientes.
- 2.7. En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos

¹⁰ Chalmers, B, V Magiatera, R Porter. 2001. *WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Course*. Birth, 28,3:202-207.

¹¹ OMS. *Bolivia Neonatal and Child Health Profile*. American Region, 2016.

¹² Bhutta, Z, M Chopra, H Axelson, P Berman, T Boerma, J Bryce, F Bustreo, E Cavagnero, G Cometto, B Daelmans, A de Francisco, H Fogstad, N Gupta, L Laski, J Lawn, B Maliqi, E Mason, C Pitt, J Requejo, A Starrs, C Victora, T Wardlaw. 2010. *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child Survival*. Lancet, 375:2032-44.

¹³ Datos administrativos sobre partos institucionales y partos domiciliarios de 2015. Ministerio de Salud, 2016.

¹⁴ OMS. *Bolivia Neonatal and Child Health Profile*. American Región, 2016.

¹⁵ IFPRI, 2016, perfil Bolivia; MINSA/INE, 2008.

¹⁶ Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. 2008. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA*, 2008.

¹⁷ WHO *Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, 2016.

de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente¹⁸. Con respecto a los recursos humanos en salud, Bolivia cuenta con 4,7 médicos y 10,1 enfermeros y parteras por 10 mil habitantes; la recomendación es 23 médicos, enfermeros y parteras por 10 mil habitantes¹⁹; no se cuenta con información sobre profesionales de la salud capacitados en CONE. Los trabajadores comunitarios juegan un papel clave en la provisión de micronutrientes y otros servicios preventivos durante el embarazo, la movilización social y el traslado de embarazos y partos de riesgo a los servicios de salud²⁰; no obstante, Bolivia cuenta con sólo un trabajador comunitario de salud por cada 10 mil habitantes²¹.

- 2.8. Ante esta realidad, las autoridades sanitarias de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se han comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyN y cuentan con un “Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, elaborado en 2016²².
- 2.9. El objetivo general de la CT es brindar asistencia técnica al Ministerio de Salud (MS) en el desarrollo de este Plan, en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Pando, que presentan las mayores tasas de mortalidad materna del país, apoyando al MS en la generación de información que sirva para la preparación de una operación de préstamo que financie parte de las actividades del mencionado plan nacional. Los objetivos específicos son: (i) realizar análisis sobre las condiciones actuales de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) que permitan diseñar acciones para introducir y fortalecer esos servicios; (ii) identificar debilidades de política sanitaria, programáticas y operativas para la incorporación de medidas de nutrición materna y perinatal en CONE; (iii) identificar las brechas en personal profesional y para-profesional en estos campos; y (iv) diseñar e implementar un programa de mejora continua de la calidad y gestión de atención en CONE. La generación sistemática de información y análisis actualizados sobre estos asuntos, diferenciando los tres ecosistemas del país (tierras altas -La Paz y Potosí-, valles -Cochabamba- y tierras bajas -Pando-), es requerida para diseñar la operación de préstamo con base en la evidencia.
- 2.10. La CT es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de: inclusión social e igualdad en cuanto a que el fortalecimiento de los cuidados obstétricos y neonatales facilitará la accesibilidad a los servicios de salud de forma equitativa y oportuna, particularmente en las poblaciones más vulnerables. La CT también se alinea con las áreas transversales de: (i) igualdad de género y diversidad, en cuanto a que la población de mujeres indígenas se verán especialmente favorecidas por la CT; y (ii) instituciones y estado de derecho, en cuanto a que la CT incrementará la capacidad institucional del Ministerio de Salud para implementar el Programa Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna e Infantil”. Asimismo, la CT está alineada con los indicadores del Marco de Resultados Corporativos de Inclusión Social e Igualdad, con Igualdad de Género y Diversidad y Capacidad Institucional y Estado de Derecho, y con el objetivo (i) del fondo

¹⁸ Paxton, A, P Bailey, S Lobis, D Fry. 2006. *Global Patterns in Availability of Emergency Obstetric Care*. *Int Jnl Gyn Obs*, 93:300-307.

¹⁹ OMS. *World Health Statistics. Table 6: Health Workforce, Infrastructure, Essential Medicines, 2009*.

²⁰ Campbell, OMR, WJ Graham. 2006. *Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works*. *Lancet*, 368:1284-99.

²¹ OMS. *Bolivia Neonatal and Child Health Profile. American Region, 2016*.

²² Plan nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil. Ministerio de Salud, 2016.

para “Programa Estratégicos para el Desarrollo de Países”, de fortalecer la capacidad técnica y de gestión de los gobiernos nacionales y subnacionales.

III. Descripción de las actividades y resultados

- 3.1. Para lograr una reducción acelerada de las MMyN en Bolivia, se requiere fortalecer acciones CONE de vanguardia y probada efectividad, considerando entre otros aspectos las diversidades etno-culturales según los tres diferentes pisos ecológicos (tierras altas, valles y tierras bajas), los servicios nutricionales para mujeres embarazadas y neonatos en la atención prenatal, y la actualización de la formación técnica del personal de salud en CONE y nutrición en CONE. La CT presenta cuatro componentes principales, cuyas actividades, productos y resultados esperados describimos a continuación:
- 3.2. **Componente 1. Evaluación de los servicios CONE e identificación de necesidades para su fortalecimiento.** El objetivo de este componente es contar con datos, información y análisis actualizados que permitan diseñar acciones efectivas para fortalecer los servicios CONE en zonas prioritarias de Bolivia. Con datos administrativos existentes y con la recolección de información adicional que sea necesaria, se hará un estudio diagnóstico de los servicios de salud en los cuatro departamentos del país que presentan las tasas más altas de MMyN (La Paz, Potosí, Cochabamba y Pando²³) y que son representativos de los tres ecosistemas del país (altiplano, valle y tierras bajas). La recolección de información primaria incluirá encuestas cuantitativas y cualitativas de los servicios, sus instalaciones y su equipamiento, partiendo de la base de instrumentos estándar para este tipo de estudio²⁴. La aplicación de las encuestas para el relevamiento de la información de las brechas en CONE representa el 83% (US\$165.000) del componente, ya que requiere relevar información en aproximadamente 408 establecimientos de salud, de distintos niveles de complejidad, en los departamentos seleccionados (ver TDR). Este componente incluye un módulo nutricional de CONE en el embarazo, parto y posparto, con el objetivo de identificar y analizar las medidas concretas que serán necesarias para introducir los servicios nutricionales recomendados en los cuidados obstétricos y neonatales (CONE) en Bolivia.
- 3.3. El diagnóstico incluirá los tres niveles de CONE, ambulatorio, básico y completo. Constará de dos ámbitos: (i) diagnóstico de políticas, normas, protocolos y guías de atención; y (ii) diagnóstico de instalaciones, equipamiento, instrumentos, insumos y medicamentos esenciales, y de personal capacitado y no capacitado. Los diagnósticos incluirán análisis de cómo CONE deberá ajustarse, diferenciando los tres pisos ecológicos, para responder al desafío que el Programa Nacional de Reducción Acelerada de la MMyN supone. Luego, se realizará un análisis de brecha para determinar: (i) qué ajustes al marco regulatorio son necesarios para actualizarlo según las recomendaciones y mejores prácticas internacionales (incluyendo posiblemente la organización y jerarquía de los servicios para conformar redes integradas); y (ii) las necesidades de inversión en infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para cerrar las brechas en los tres departamentos.
- 3.4. **Componente 2. Identificación de necesidades de fortalecimiento de las capacidades gerenciales e implementación de una metodología de mejora**

²³ Si bien el estudio de MM del 2012 reporta, para el departamento de Pando una tasa de MM por debajo del promedio nacional, los datos administrativos del MS muestran un incremento preocupante en las MM en 2016 (siete muertes en adolescentes), por lo que el MS ha priorizado este departamento.

²⁴ Se revisarán y adaptarán a las especificidades de Bolivia, instrumentos elaborados para este fin como por ejemplo por WHO (*Service Availability and Readiness Assessment (SARA)*), DHS (*Service Provision Assessment Survey*) y otros desarrollados a través de la Iniciativa Mesoamericana en Honduras (*Service Availability Mapping in the Region of the Americas*).

continua de la calidad en CONE en un departamento. El objetivo de este componente es fortalecer las capacidades gerenciales y de monitoreo de las intervenciones en CONE con una visión integral en red. Para ello se realizará un piloto en una red de salud en al menos un departamento, del modelo gerencial de implementación de CONE a nivel operativo y en el marco del continuo asistencial de la red de salud, así como de los sistemas de información y monitoreo específicos que permitan monitorear los resultados de los mismos; asimismo, se desarrollará un programa de mejora continua de la calidad. Se espera obtener como mínimo la siguiente información: (i) estudio diagnóstico sobre oportunidades de mejora en el modelo de gestión de las intervenciones en CONE; (ii) propuesta de mejoras en el sistema de información y monitoreo CONE, en los tres niveles de atención y con una visión integral de red; (iii) propuesta de un programa de mejora continua de la calidad de CONE y de indicadores del mismo, considerando: (a) las intervenciones en el periodo pre-concepcional; (b) intervenciones en las embarazadas (periodo antenatal); y (c) intervenciones postnatales; y (iv) estimación de los costos de implementación del programa en los cuatro departamentos priorizados.

3.5. **Componente 3. Diseminación de Resultados.** El objetivo del componente es la transferencia de conocimientos técnico-prácticos y experiencia cualificada al sector. Se financiarán talleres de validación y material de socialización en las reuniones de validación de los productos en las que podrán participar, además de las contrapartes del MS y SEDES implicados, expertos de otras organizaciones técnicas y/o académicas del país (UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, Sociedad Boliviana de Salud Pública, Agencias de Cooperación Internacional, etc.).

3.6. Presupuesto indicativo

El desarrollo e implementación del programa tendrá un costo total estimado de US\$250.000,00 que será financiado con carácter no reembolsable por el BID. El programa será financiado con el fondo de "Programa Estratégico para el Desarrollo de países Financiados con Capital Ordinario (GN-2819-1).

Presupuesto Indicativo

Actividad/ Componente	Descripción	BID	Contraparte Local	Financiamiento Total
Componente 1	Evaluación de los servicios CONE e identificación de las necesidades de fortalecimiento: (i) apoyo técnico para Estudio de Brechas (definición de encuestas, diagnóstico, análisis de brechas y estimación de costos para cerrar brechas (consultor individual); (ii) apoyo técnico para elaboración de módulo de nutrición del Estudio de Brechas (consultor individual); (iii) relevamiento de encuestas (firma); (iv) aseguramiento de calidad de información de encuestas.	20.000 10.000 165.000 5.000	0 0 0 0	200.000
Componente 2	Identificación de necesidades de fortalecimiento de las capacidades gerenciales y de mejora continua de la calidad en CONE. (i) implementación de Metodología de la Medición de capacidades gerenciales y mejora continua de la calidad (firma).	40.000	0	40.000
Componente 3	Validación y diseminación. Diseminación de resultados.	10.000	0	10.000
Total componentes		250.000		250.000

IV. Agencia Ejecutora y estructura de ejecución

- 4.1. A solicitud del gobierno (Viceministerio de Planificación y Coordinación), la agencia ejecutora será el BID, con el propósito de apoyar al MS en una ejecución más expedita, a través de sus oficinas en la Paz, Bolivia (COF/CBO). La ejecución y supervisión será a cargo de los especialistas de SPH en la representación en Bolivia. El BID trabajará en los aspectos técnicos con la Dirección General de Servicios de Salud, a través de la Unidad del Continuo de la Atención y la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Unidad de Nutrición. La coordinación general del programa se hará a través del Viceministerio de Salud y Promoción. Se hará revisión periódica y monitoreo de la CT a través de los informes semestrales previstos en el sistema Convergencia.

El Banco contratará los servicios de consultores individuales, firmas consultoras y servicios diferentes de consultoría de conformidad con las políticas y procedimientos vigentes en el Banco²⁵.

V. Riesgos importantes

- 5.1 Se ha identificado un riesgo institucional. Tiene que ver con la coordinación intra institucional ya que las decisiones técnicas van a depender de acuerdos entre diferentes direcciones o instancias del MS. Para mitigar este riesgo el Viceministerio de Salud y Promoción será la instancia de coordinación de toma de decisiones, para lo cual se apoyará con personal técnico financiado con la CT.

VI. Excepciones a las políticas del Banco

- 6.1 No hay.

VII. Salvaguardias ambientales

- 7.1 Dadas las características del proyecto, no se esperan riesgos ambientales ni sociales negativos, por lo que la clasificación "C" es de acuerdo a la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) (Ver [Filtros ambientales](#)). Se activaron las políticas: B.01 (OP-102), B.02, B.03 y B.07.

Anexos requeridos:

- [Solicitud del cliente](#)
- [Matriz de Resultados](#)
- [Términos de Referencia](#)
- [Plan de Adquisiciones](#)

²⁵ Los documentos que aplican son: GN-2303-20, A-650 y GN-2765-1.

Estrategia de CONE¹

I. Marco Conceptual

El Marco Conceptual de la Estrategia de CONE se basa en los principales modelos teóricos que han definido la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el campo de la salud pública durante los últimos veinte años. El primero de estos modelos es el de la Maternidad Segura, adoptado por la OMS como parte del Paquete del Binomio Madre-Hijo.

El segundo es el Modelo de las Cuatro Demoras². Éste establece que para reducir la mortalidad materna hay que entender y dar solución a los factores que contribuyen a que las mujeres no puedan acceder a los servicios de salud esenciales y en situaciones de emergencia obstétrica y neonatal.

A continuación, se definen y describen ambos modelos:

Maternidad Segura

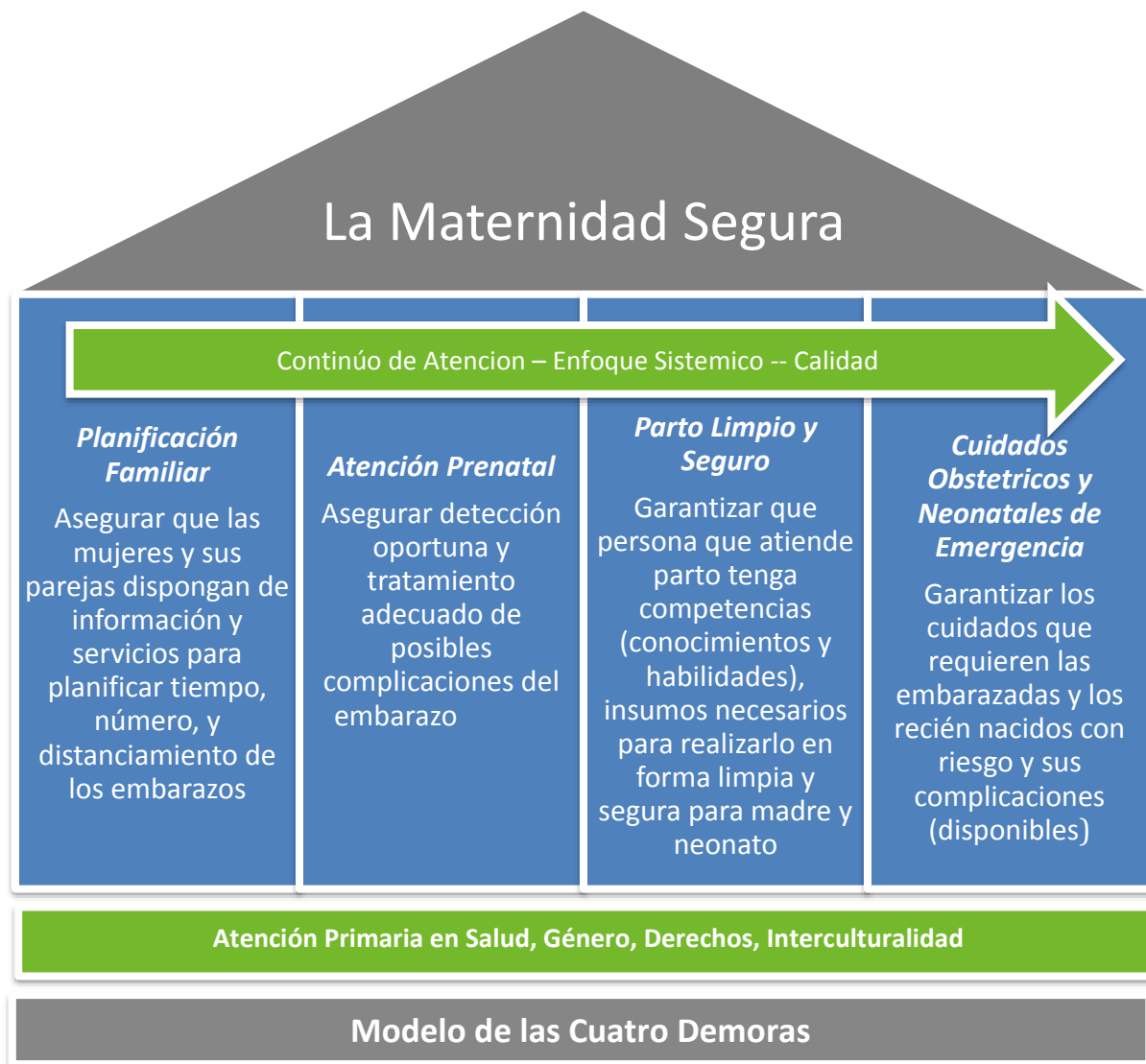
La Maternidad Segura se refiere a la promoción y protección del derecho y al disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres, las madres y los recién nacidos y organiza, bajo el enfoque del continuo de la atención el cuidado de la salud de la mujer durante su vida reproductiva y al neonato desde su nacimiento.

¹ Las definiciones fueron sacadas del documento “Estrategias CONE del Ministerio de Salud de Panamá”, como modelo para adaptarse a las normas y servicios de Bolivia.

² Thaddeus y Maine, 1994

A continuación, la Figura 1 describe el concepto de la maternidad segura:

Figura 1: La Maternidad Segura



Modelo de Las Cuatro Demoras

El modelo de la Maternidad Segura establece en su cuarto pilar que las emergencias obstétricas y neonatales deben tratarse adecuadamente. Sin embargo, previo a la llegada a los servicios de salud, la embarazada o el neonato con complicaciones a menudo se encuentran con obstáculos que demoran el acceso a los servicios de salud. Estas demoras están relacionadas con la falta de información y de decisión en buscar ayuda, dificultades en el transporte y demoras prolongadas para la obtención de los servicios.

El Modelo de las Cuatro Demoras permite entender y dar respuesta a estos factores condicionantes que limitan el acceso a los servicios de salud en situación de emergencia obstétrica y neonatal.

Figura 2: Las Cuatro Demoras: El camino hacia la supervivencia o Muerte Materna o Perinatal



Fuente: Adaptación del modelo de análisis de Koblinsky, M y Maine, D Las Tres Demoras

Niveles de Atención CONE

Para garantizar la atención dentro de la estrategia CONE, esta se organiza en tres niveles de atención con distinto grado de complejidad y capacidad resolutoria, definidos a su vez según las necesidades de la demanda en la población objetivo. Estos niveles de atención son: CONE ambulatorio (comunitario e institucional), CONE básico y CONE completo. Estos niveles de atención son la base sobre la cual se construirán las redes integradas CONE. A continuación, se detalla la formación y composición de cada uno de ellos.

a. CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)

CONE Ambulatorio: Es una modalidad de la estrategia CONE que se ofrece tanto en la comunidad como en las instalaciones de salud, con fines prioritarios de promoción³ y prevención⁴ de la salud. Busca

³ La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Carta de Ottawa, 1986. OMS.

⁴ La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

que las personas, la familia, la comunidad, así como las instancias institucionales participen en la prevención de la salud de la mujer embarazada desde la etapa pre-concepcional hasta el recién nacido. El CONE Ambulatorio incluye el Plan de Parto, la Estrategia de Cambio de Comportamiento, los Albergues Maternos y las Giras Itinerantes. En las instalaciones de salud y las Giras Itinerantes incluye también la atención, incluyendo el control prenatal y post-parto.

El CONE ambulatorio en su expresión Comunitaria incluye intervenciones (sub-estrategias) mediante las cuales se realizan las acciones de promoción, prevención y atención del proceso reproductivo de acuerdo al continuo de atención. Para ser implementadas con éxito, estas sub-estrategias requieren de una fuerte y amplia participación comunitaria, formada por comités de salud, voluntarios, parteras, médicos tradicionales, organizaciones comunitarias, actores y líderes clave.

Para implementar con éxito estas intervenciones es necesario contar con una fuerte y amplia plataforma comunitaria conformada por comités de salud, voluntarios, parteras, terapeutas tradicionales, organizaciones, actores y líderes clave⁵. Cuanto mayor sea el conocimiento y alcance de la comunidad, más numerosas serán las acciones para promover la salud, y mayor la participación conjunta en la búsqueda de soluciones para satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal.

El CONE AMBULATORIO **en su expresión Institucional**, tiene la finalidad primordial de brindar atención de promoción, prevención y atención de la salud en los servicios del primer nivel de atención del MINSA. Para **finés de esta estrategia**, son los siguientes: puestos y centros de salud

Giras itinerantes

Con el objetivo de reforzar la prestación de servicios de atención primaria en salud en poblaciones alejadas y en situación de pobreza (a más de una hora de centros de salud con médico y enfermera), se aprovecha de las giras itinerantes.

Las giras itinerantes, tal como se establece en los reglamentos operativos de provisión del MS, obedecen a una modalidad de atención itinerante cuyo objetivo central es reforzar los servicios y apoyar con el aumento de cobertura de servicios preventivos y de atención básica en las comunidades más alejadas.

Las giras itinerantes están dentro del nivel CONE ambulatorio y se insertan en las microrredes CONE brindando una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) de promoción, prevención y atención básica, incluidos los servicios de salud materno-infantiles. Las giras itinerantes en lo que respecta a las prestaciones de CONE se articularán a los centros de salud cabecera de micro-red y cabecera de red CONE.

Cada uno de estos servicios de salud, junto con sus comunidades asignadas, conforma un CONE ambulatorio que deberá ser analizado de acuerdo a su capacidad resolutoria en función de los criterios que se definan para la posterior conformación de redes.

⁵ La resolución OMS/ICM/FIGO-2003.70 dice: “la promoción de la salud debe ser realizada por y con la gente, sin que se le imponga, ampliando la capacidad de las personas para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”.

Las principales funciones del **CONE ambulatorio** son:

1. Organizar y fortalecer los comités para el apoyo a las sub-estrategias de salud materna y neonatal a nivel comunitario.
2. Desarrollar sub-estrategias comunitarias específicas para el mejoramiento de la salud materna y neonatal. Por ejemplo, un plan de parto, un sistema de comunicación para el cambio y adopción de prácticas saludables, albergues maternos, etc.
3. La atención prenatal normal.
4. La atención excepcional del parto y del recién nacido (cuando el parto es inminente o de embarazadas en trabajo de parto con dificultades de acceso a CONE básico de acuerdo a la norma).
5. La referencia inmediata de la mujer y su recién nacido normal luego de un parto inminente o domiciliar
6. La atención de recién nacido normal ya referido por el CONE Básico.
7. La atención del puerperio durante los siete días posteriores al parto, ya visto por el CONE Básico.
8. La detección y referencia inmediata de casos con signos de peligro / alarma o con riesgos obstétricos y neonatales.
9. Detección temprana, manejo inicial de estabilización y referencia inmediata de complicaciones obstétricas y del neonato.

b. CONE Básico

El **CONE BÁSICO** tiene la finalidad de atender los partos y recién nacidos normales, el reconocimiento del riesgo y la identificación, diagnóstico, estabilización (manejo inicial) y referencia de las complicaciones obstétricas y neonatales surgidas durante el proceso de atención del parto institucional o del referido a su instancia. Para **finés de esta estrategia**, lo componen los hospitales de segundo nivel.

Las principales funciones del **CONE básico** son, además de la totalidad de las funciones del CONE ambulatorio, las siguientes:

1. Atención del parto normal
2. Aplicar antibióticos parenterales
3. Aplicar oxitócicos parenterales (oxitocina)
4. Aplicar anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Mg)
5. Extracción manual de placenta
6. Extraer los productos retenidos (AMEU/LUI)
7. Realizar reanimación neonatal (bolsa, ambú, máscara)

c. CONE Completo

El **CONE COMPLETO** tiene la finalidad de atender los partos normales (cuando así lo defina la cartera de servicios) y resolver las complicaciones obstétricas y neonatales. Los CONE completos pueden ser sin Cuidados Intensivos o con Cuidados Intensivos. Para **finés de esta estrategia**, lo componen el Hospital General, los Hospitales Regionales, Hospitales especializados y algunos Hospitales Rurales.

Cada uno de estos servicios de salud constituye en sí mismo un CONE completo. Éste a su vez será analizado según su capacidad resolutive conjuntamente con los CONE ambulatorio y básicos de los que provienen las mujeres o neonatos. Posteriormente, con los CONE ambulatorio y básicos, en función de los criterios que se definan, se conformarán en redes obstétricas neonatales.

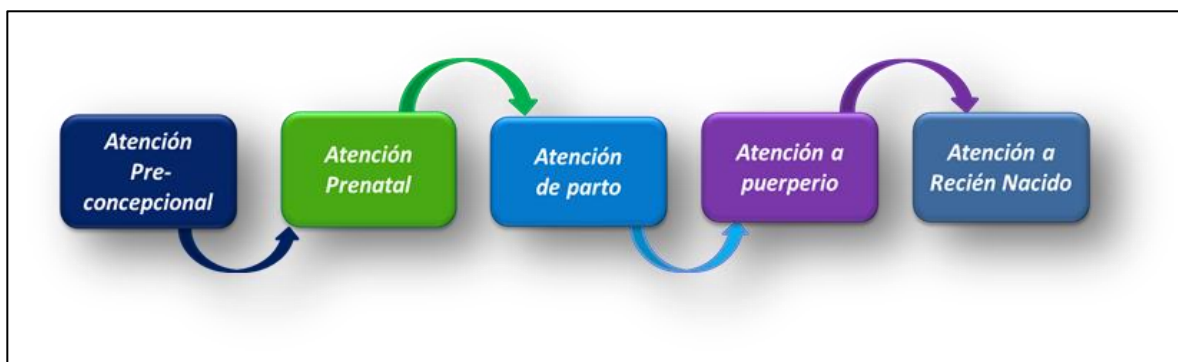
Las principales funciones del **CONE completo** son, además de la totalidad de las funciones de los CONE básicos, las siguientes:

1. Atención neonatal normal y complicado
2. Disponibilidad de sangre segura
3. Cirugía obstétrica: las cesáreas o asociados

Componente de Atención- Continuo de la Atención

El continuo de la atención identifica los riesgos físicos y sociales presentes durante, los diferentes momentos de los ciclos de vida: de acuerdo a esta lógica se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir, una vez embarazada se pretende dar el cuidado de mayor calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio y al recién nacido, con la finalidad de lograr una maternidad y nacimientos seguros y limitar la posibilidad de tener resultados negativos en salud en fases posteriores de la vida⁶. Para fines de la Estrategia, el continuo de la atención es la base para la definición del Componente de Atención.

Figura: Continuo de la Atención



Fuente: Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y RN focalizada en APS. CLAP. 2010.

Los componentes de la estrategia: **Atención, Provisión y Gestión**, funcionan articuladamente como un sistema, ya que para brindar **Atención** se necesita de normas y protocolos de atención (que nos indican como hacerlo), insumos básicos, medicamentos, materiales e instrumentos (con que hacerlo), organizar la red de para la **Provisión** de los servicios (que nos señala en el ámbito donde se prestará la atención) y es a través de la **Gestión** de los servicios que se garantiza que se brinde la atención y se organice la provisión de los servicios.

El **componente de atención** responde a las cuestiones:

- ¿A quiénes atenderemos?
- ¿Qué servicios les ofreceremos?
- ¿En qué ambiente los brindaremos?
- ¿Cómo?, ¿Con qué les atenderemos?

El componente de provisión **de servicios** responde a:

- ¿Quiénes prestarán los servicios?

⁶ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. WHO/NMH/HPS/00.2

- ¿Cómo organizaremos la red de servicios de salud?

El componente de gestión **de servicios** por su parte responde a:

- ¿Cómo se obtendrán los recursos, insumos y procesos de los sistemas involucrados?
- ¿Cómo se manejarán los recursos, insumos y procesos de los sistemas organizacionales directos y los de apoyo?

A continuación, veremos en detalle la definición de cada uno de estos tres componentes.

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Parteras Misalud Nivel institucional: Puestos de Salud Centros de Salud (sin cama)	Brindado por personal de: Hospitales de II nivel	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e institucional Promoción Orientación/ Consejería sobre: Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios	Promoción/Orientación/ Consejería sobre: Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios Elaboración del plan de parto	Funciones de CONE básico Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración) Realización de esterilización quirúrgica voluntaria después de un evento obstétrico y/o de intervalo Atención de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) descompensadas. Manejo de ITS complicadas
Solo Nivel Institucional Prevención Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	Prevención Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	
Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles Referencia a consulta odontológica Detección, atención inicial/estabilización de complicaciones y referencia oportuna.	Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración -DIU) Atención odontológica a MEF (incluye adolescentes) Detención, tratamiento inicial/estabilización y referencia	

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Identificación de MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y referencia. Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	de las complicaciones Atención a MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) controladas. Realiza pruebas para VIH Identificación y manejo de ITS no complicadas Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	
La atención durante el post-parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MS,		

b. Atención Prenatal

La **atención prenatal** es el segundo pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en detectar tempranamente el embarazo para valorar el estado de salud de la mujer y su bebe y, en consecuencia, poder indicar medidas nutricionales y suplementarias adecuadas, definir el inicio o la compleción del esquema de inmunización, apoyar a la mujer y su familia con un plan educativo y controlar las posibles condiciones de riesgo o patologías que puedan presentarse en el transcurso del embarazo.

A continuación, la Tabla 2 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderá a las mujeres durante el embarazo.

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Parteras Misalud Nivel institucional: Puestos de Salud Centros de Salud (sin cama)	Brindado por personal de: Hospitales de II nivel	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción	Promoción Orientación sobre signos y síntomas de peligro	Funciones de CONE básico Realiza cirugía obstétrica y

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Orientación sobre signos y síntomas de peligro Elaboración del Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	transfusión de sangre Identifica y maneja las complicaciones del embarazo.
Solo Nivel Institucional Prevención Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Evaluación nutricional, referencia si es necesario según norma Identificación de señales de peligro y/o complicaciones y referencia oportuna Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Referencia a consulta odontológica Referencia a CONE básico para exámenes de laboratorio de rutina para CPN	Prevención Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Identificación de señales de peligro. Estabilización, tratamiento inicial y referencia de las complicaciones Aplicación de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL/RPR Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas	

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
	nacionales. Evaluación nutricional Atención odontológica Detección del VIH en mujeres de alto riesgo y de otras ITS.	
La atención durante la gestación será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal – DEL MS		

c. Atención durante el parto

La atención a la mujer durante el parto es el tercer pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en garantizar que el personal que atiende el parto tenga las competencias (conocimientos y habilidades) y los insumos necesarios para llevarlo a cabo en forma limpia y segura, tanto para la madre, como para el bebé.

La Tabla 3 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el parto.

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Parteras Misalud Nivel institucional: Puestos de Salud Centros de Salud (sin cama)	Brindado por personal de: Hospitales de II nivel	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Signos de peligro durante el trabajo de parto, parto y post-parto inmediato Activación del Plan de Parto y traslado Importancia de la Atención Institucional del parto Prevención CCPPT: Activa plan de traslado de gestantes a albergue materno o instalación de CONE Básico para atención institucional del parto o de complicaciones durante el trabajo de parto y parto. Garantiza apoyo a la mujer y su familia Diagnóstico y referencia de gestantes en trabajo de parto a instalaciones con CONE básico o completo Atención del parto inminente o domiciliar y otro por inaccesibilidad, identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y referencia.	Vigilancia del Trabajo de parto, uso del partograma Identificación de signos de peligro durante el trabajo de parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Atención del parto normal de acuerdo a normas Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de signos de peligro durante el parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Aplicación de antibióticos, oxitócicos (MATEP) y anticonvulsivantes parenterales según norma	Funciones de CONE Básico Identifica y maneja las complicaciones del trabajo de parto, parto, post parto inmediato Atención de la gestante referida con signos de peligro o complicaciones Manejo de los riesgos y complicaciones maternas identificadas de acuerdo a normas Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre
Solo Nivel Institucional Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de factores de riesgo y signos y síntomas de peligro durante el trabajo de parto y parto Manejo inicial/estabilización y referencia oportuna a instalación de CONE básico o completo según corresponda		
La atención durante el parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal		

d. Atención durante el Post parto

La importancia de la atención en el post parto inmediato y mediato radica en asegurar la calidad de vida futura de la madre y del neonato. Para ello, el personal que les atiende durante el puerperio debe tener las competencias técnicas, los insumos y los instrumentos necesarios.

La Tabla 4 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el postparto.

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Parteras Misalud Nivel institucional: Puestos de Salud Centros de Salud (sin cama)	Brindado por personal de: Hospitales de II nivel	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Signos y síntomas de peligros en el post parto Cuidados de la puérpera y del recién nacido Orientación sobre lactancia materna y planificación familiar Activación del plan de parto y traslado Importancia de asistir a I control puerperal Prevención Vigilancia del post parto inmediato y mediato de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad	Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y manejo inicial/estabilización y referencia Aplicación de antibióticos (sepsis), oxitócicos (HPP) y anticonvulsivantes (HIE) Consejería en cuidados de la puérpera, recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación	Funciones de CONE Básico Diagnóstico y manejo de complicaciones post parto Oferta de Anticoncepción Post Evento Obstétrico definitivo (Esterilización quirúrgica voluntaria, si la mujer la eligió) Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
Identificación de signos y síntomas de peligro o complicación y referencia Activa el plan de traslado. Garantiza apoyo a la mujer y su familia	familiar Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de metodos anticonceptivos disponibles	
Solo nivel Institucional Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones y manejo inicial/estabilización y referencia Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de métodos anticonceptivos disponibles		
La atención durante el post parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,		

Componente de Provisión

El componente de Provisión de la Estrategia CONE en Panamá responde las preguntas:

- ¿Quiénes prestarán los servicios de salud?
- ¿Cómo se organizará la red de servicios de salud para prestarlos?

La provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores de servicios, organizados y articulados en Redes Integradas de Servicios de Salud, por niveles de atención, que a través de procesos de referencia y respuesta, garantizarán el acceso, la integralidad de la atención, así como el cumplimiento de las metas y resultados en la salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.

1. Las Redes Integradas de Servicios de Salud

La OMS define las redes integradas de servicios de salud como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*⁷. Los servicios, organizados de esta manera, mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, mejoran la eficiencia global del sistema, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, disminuyen los costos de producción, y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas. La red aquí definida incorpora las redes sociales y las organizaciones comunitarias, éstas últimas como parte integrante de la red.

Las redes de servicios son el brazo operativo de todo este sistema y su funcionamiento fortalece la atención materna-neonatal, acercando a la mujer y/o su hijo/a los procedimientos que salvan sus vidas, en el menor tiempo posible, en las mejores condiciones, y con la participación de la comunidad mediante las micro redes expresadas en las instalaciones de salud, la organización comunitaria, el plan de parto y las giras itinerantes.

La integración de instalaciones de salud en redes es primordial en la estrategia de CONE por tratarse del mecanismo mediante el cual se articulan los diferentes niveles de servicios. Esta integración favorece la ubicación de los recursos humanos, los equipamientos y otros medios o recursos claves en puntos estratégicamente seleccionados para servir a las mujeres y los recién nacidos que enfrentan dificultades; facilitando así la referencia de las complicaciones de acuerdo a su complejidad. Esto es especialmente importante en Panamá donde los recursos humanos y materiales son escasos y hay que optimizar su utilización.

El manejo de las complicaciones materno neonatales contribuye sustancialmente a disminuir la mortalidad de mujeres y los neonatos. Para ello, es necesario poner al alcance de la población los servicios de salud de forma articulada, de manera que cada nivel de la red se complemente con el siguiente y así, consecutivamente responder apropiadamente a las demandas de la situación de salud o complicación de la mujer y/o su hijo/a.

Criterios para la conformación de las redes integradas CONE

Los criterios relevantes para la conformación de las redes de atención se definen en base a la demanda y la oferta. Estos criterios deben ser flexibles y adaptados a la realidad local.

⁷ Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36 (2):20–6.

Desde el punto de vista de la **demanda**, los criterios principales son:

a. La Población: El criterio de población se refiere al número de personas que han de ser atendidas en cada comunidad.⁸

b. El acceso a las instalaciones de salud: criterio referido al tiempo que las personas tardan en llegar al CONE Básico, por sus medios locales convencionales. El acceso está condicionado por el estado de las vías de comunicación, el clima y los ciclos estacionales, la distancia de la instalación de salud, y el costo de la movilización en situación de urgencia dependiendo del momento en que ésta se produzca (combustible, en la madrugada, fin de semana, días festivos, etc.).

c. Los flujos de población: criterio referido a las vías por dónde la gente se moviliza para realizar sus actividades principales socioeconómicas. Por lo general, este criterio está condicionado por factores de tipo geográfico, económicos (ej. ubicación de mercados), y disponibilidad o ausencia de medio de transporte.

Factores relacionados con la **oferta**:

d. La capacidad resolutive, por medio de la cual se define si la instalación de salud de acuerdo al nivel de atención CONE (ambulatorio, básico y completo) responde, de manera integral, oportuna y con calidad, a las necesidades de la demanda de la población en sus áreas de influencia.

Este criterio, se aplica una vez se han analizado y aplicado todos los criterios relacionados con la demanda. En función de los resultados se decidirá si es o no necesaria una reclasificación del tipo de instalación (sea de ascenso o disminución de un nivel del tipo de unidad de salud).

Procedimiento para la conformación de las redes CONE

Basado en los niveles de atención de CONE, y mediante la aplicación de los criterios descritos en la sección anterior, las redes integradas de CONE se han organizado de la siguiente manera:

a. Las Micro-redes

b. La Red básica

c. Red Integrada CONE, constituida por Hospitales Regionales, Hospitales Generales y Hospitales Nacionales (III nivel)

Al mismo tiempo, es importante tener en consideración las siguientes informaciones para la conformación de las redes integradas CONE:

- Mapas por regiones con la ubicación de todos los servicios de salud (con la ubicación clara de las vías de comunicación y acceso y las características topográficas).
- Número de población por corregimiento, dividida por servicio de salud y comunidad que accede a cada servicio de salud.
- Número de personal de las regiones que conocen en detalle las características geográficas y climatológicas de la zona.
- Capacidad resolutive de cada servicio de salud (equipamiento, recursos humanos, horarios, etc.).

⁸ Según la OMS debe haber: un CONE completo por cada 500,000 habitantes, 4 CONE Básicos y 1 CONE Ambulatorio por cada 5,000 habitantes como mínimo. Este criterio mínimo no aplica a las Comarcas y áreas rurales dispersas.

BOLIVIA

SPH/CBO

CONSULTORÍA DE APOYO TÉCNICO PARA EL ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Antecedentes

Descripción de la mortalidad materna y neonatal en Bolivia. La mortalidad materna y neonatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos, cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití). Las autoridades sanitarias de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se han comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyP y cuentan con un plan elaborado en 2016.

Aunque en los últimos años la evolución de la razón de Mortalidad Materna (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011, las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplios. Los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional, siendo el Departamento del Beni, con una RMM de 96, el que presenta un peor indicador de las regiones de tierras bajas. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289) y Cochabamba (pasando de 130 a 188). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MMyP1. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población².

La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se

¹ OMS. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016

² El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población y aimara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

sitúa en 31/mil NVs (2015). Casi un 30% de las MPs ocurren en las 24 horas después del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas. Las principales causas de la MP son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%) y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP.

No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyN sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyP que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empiece desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, cómo un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato.

En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyP: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.

La anemia en mujeres en edad fértil en Bolivia fue del 38% en 2008, según el dato más reciente; la tasa de anemia en mujeres está aumentando. El consumo de suplementos prenatales a nivel nacional fue 62% en 2004 y 77% en 2008; en los municipios con más pobreza extrema y en el quintil de ingresos más bajo fue un 70%³. Recientemente la OMS publicó la recomendación, basada en evidencia, de introducir medidas específicas de nutrición en la atención prenatal para un embarazo positivo. Estas

³ Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, 2008.

medidas incluyen: la suplementación con dosis ajustadas de hierro, ácido fólico (para reducir la probabilidad de defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas) y calcio (para reducir la hipertensión); el manejo activo de la ganancia de peso durante el embarazo y la modificación de conductas alimentarias para evitar una ganancia excesiva de peso; y la introducción de alimentos complementarios balanceados sólo en caso de bajo peso para evitar bajo peso al nacer y muerte neonatal. Durante el manejo activo de la tercera etapa del parto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los primeros meses de vida. La OMS también ha suprimido recomendaciones previas como la suplementación con proteínas y múltiples micronutrientes.

En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente. Con respecto a los recursos humanos en salud, Bolivia cuenta con 4.7 médicos y 10.1 enfermeros y parteras por 10mil habitantes; la recomendación es 23 médicos, enfermeros y parteras por 10mil habitantes; no se cuenta con información sobre profesionales de la salud capacitados en CONE.

Descripción del estudio “Análisis de Brechas de los Servicios de Salud y Nutrición de los Cuidados Obstétricos y Neonatales”. Con el objetivo de brindar asistencia técnica al Ministerio de Salud en el desarrollo del Programa de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno-Neonatal, con énfasis en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni, que presentan las mayores tasas de mortalidad materna del país, se aprobó una cooperación técnica para la generación de información que sirva para la preparación de una operación de préstamo que financie parte de las actividades del mencionado plan nacional. Los objetivos específicos de la CT son: (i) realizar análisis sobre las condiciones actuales de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) que permitan diseñar acciones para introducir y fortalecer esos servicios; (ii) identificar debilidades de política sanitaria, programáticas y operativas para la incorporación de medidas de nutrición materna y perinatal en CONE; (iii) identificar las necesidades de profesionales y para-profesionales en estos campos. La generación sistemática de información y análisis actualizados sobre estos asuntos, diferenciando los tres ecosistemas del país (tierras altas -La Paz y Potosí-, valles -Cochabamba- y tierras bajas -Beni-), es requerida para diseñar la operación de préstamo con base en la evidencia. Para ello se realizará un censo en una muestra representativa de establecimientos de salud identificados en estos departamentos, con base en el listado entregado por el MS, para los cuales también se tiene información georreferenciada. La lista de los establecimientos y su georreferenciamiento será entregada por el Ministerio de Salud.

La presente consultoría brindaría asesoría técnica al BID y el Ministerio de Salud (MS), en el desarrollo del estudio de **“Análisis de Brechas de los Servicios de Salud y Nutrición de los Cuidados Obstétricos y Neonatales”**.

Objetivo de la Consultoría

El objetivo de esta consultoría es apoyar técnicamente al BID y al MS en el desarrollo del estudio de brechas de los servicios de salud y nutrición de los cuidados obstétricos y neonatales CONE, en los 4 departamentos con mayores tasas de mortalidad materna y neonatal: La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni.

Actividades principales de la consultoría:

1. **Definición de la propuesta metodológica para la realización del estudio de Análisis de Brechas de los servicios en CONE.** Definir la propuesta metodológica e instrumentos requeridos para la identificación de las brechas de servicios de CONE (ambulatorio, básico y completo) incluyendo los servicios de nutrición materna y perinatal de la estrategia CONE. Esto incluye:

1.1 Revisar la literatura disponible (nacional e internacional) sobre los requerimientos mínimos para la adecuada prestación de servicios de CONE (ambulatoria, básica y completa), considerando los 4 pilares fundamentales aceptados internacionalmente para una maternidad segura: la planificación familiar, la atención prenatal, el parto limpio y seguro y los CONE de emergencia. En el Anexo 1. se incluye información del marco conceptual de CONE de base para el estudio.

1.2 Definir, para cada tipo de establecimiento de salud (puestos de salud, centros de salud, hospitales, etc.) la cartera mínima de servicios e ítems o equipo básico mínimo requerido por nivel de atención CONE (ambulatorio, básico y completo), que incluya como mínimo la siguiente información:

1.2.1 Cartera de servicios según tipo de establecimiento. Se deberá definir la cartera de servicios, por tipo de establecimiento, según las normas del CONE (ambulatoria, básica y completa) resumidas en el Anexo 1. A continuación se resumen los servicios mínimos:

- a. Procesos de cuidado de planificación familiar (métodos ambulatorios y quirúrgicos)
- b. Prevención y gestión de los procesos de atención del cáncer de cuello uterino
- c. Procesos de atención de preconcepción en las instalaciones de CONE (Ambulatoria, Básica y Completa)
- d. Procesos de cuidado del embarazo en las instalaciones ambulatorias, básicas y completas del CONE
- e. Procesos obstétricos / laborales en las instalaciones ambulatorias, básicas y completas del CONE
- f. Procesos de cuidado neonatal en Ambulatorio, Básico y Completo
- g. Detección oportuna de riesgos obstétricos y neonatales en la red CONE
- h. Identificación y derivación de emergencias obstétricas y neonatales en la red CONE
- i. Pre eclampsia severa, eclampsia y manejo de hemorragia postparto y procesos de atención en Ambulatorio, Básico y Completo CONE

1.2.2 Mapeo/Inventario de cada tipo de establecimiento de salud.

- a. Recursos humanos
- b. Equipamiento
- c. Insumos
- d. Acceso a sangre segura
- e. Estado de físico de la infraestructura
- f. Existencia y estado de los quirófanos; Datos de producción (cuantitativos y cualitativos)

- g. Existencia y situación de los laboratorios; lista de exámenes proporcionados; descripción de procesos para la recolección de muestras, procesamiento y transmisión de resultados a pacientes y proveedores
- h. Cartera de servicios de CONE actualmente prestados (incluida la planificación familiar y la prevención y la gestión del cáncer de cuello uterino).
- i. Servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia (CONE) actualmente proporcionados (si los hay)
- j. Horas de funcionamiento, disponibles y utilizados
- k. Acceso a electricidad y agua
- l. Distancia de viaje a otras instalaciones por tierra, aire y / o agua (con un nivel de complejidad cada vez menor)
- m. Disponibilidad de ambulancias y otros medios de transporte
- n. Análisis de la red de comunicación
- o. Albergues o lugares de estadía de madres vinculados a los servicios de salud.

1.2.3 Desempeño de los servicios de salud. Definir los criterios para medir el desempeño de los servicios de salud. Esto incluye, la definición de los insumos básicos que cada establecimiento de salud debe tener para proporcionar los CONE esenciales y de emergencia (incluida la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva) según las normas. Los establecimientos de salud deben demostrar la disponibilidad continua de suministros y equipos durante los últimos tres meses, sin incluir existencias de medicamentos en la farmacia en el mismo período.

1.2.4 Funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia y funcionamiento de redes. Se deberá incluir los criterios para evaluar si cada establecimiento de salud tiene claridad sobre el funcionamiento de la red a la que pertenece, según la definición del MS (lista adjunta) y si tiene existe en sistema de referencia y contra referencia.

1.3 Con base en las definiciones del punto 1.2, diseñar o adaptar los instrumentos o encuestas de relevamiento más adecuadas para el objetivo del estudio (por ejemplo, con base en las metodologías SAM, SARA, SPA, otros). La encuesta incluirá además de una sección de disponibilidad de servicios, aspectos relacionados con la capacidad de los establecimientos para la prestación de los servicios (readiness assessment).

2. **Elaboración de los TDR finales para la firma consultora** que realizará el relevamiento de las encuestas (se adjunta un borrador preliminar de TDR para el relevamiento de la información).
3. **Acompañamiento técnico en la implementación de la encuesta.** Esto incluye:
 1. La capacitación en la aplicación de la encuesta;
 2. la supervisión del pilotaje de instrumentos,
 3. la supervisión del entrenamiento de encuestadores,
 4. la supervisión del levantamiento de datos en semana inicial y final.
 4. la coordinación con la especialista en auditoría de calidad de la información,
 5. La revisión y análisis rápido intermedio de bases de datos intermedias,
 6. Otros que se requieran para el efectivo desarrollo de la consultoría.
4. **Análisis de resultados de las encuestas.** El consultor realizará el informe final de resultados del estudio. El documento debe contener como mínimo: (a) cuáles ajus-

tes al marco regulatorio son necesarios para actualizarlo según las recomendaciones y mejores prácticas internacionales (incluyendo posiblemente la organización y jerarquía de los servicios para conformar redes integradas), (b) las necesidades de inversión en infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos esenciales y recursos humanos, para cerrar las brechas en los tres departamentos y c) análisis de calidad en la prestación de los servicios. Los productos esperados son (i) diagnóstico, (ii) análisis de brechas en regulación e infraestructura y (iii) estimación de los costos para cerrar las brechas.

Productos de la consultoría.

Producto 1. Reporte de revisión de literatura.

Producto 2. Instrumentos de recolección de datos.

Producto 3. Entrenamiento a entrenadores.

Producto 4. Reporte de supervisión del piloto, entrenamiento e inicio de encuesta.

Producto 5. Reportes intermedios de calidad de datos de primeras ~50, ~100, ~150 ES

Producto 6. Borrador Análisis de brechas

Producto 7. Documento de Análisis de Brechas final

Cronograma de Pagos

Informe	Porcentaje	Plazo
Pago 1	10%	A la presentación y aprobación del Producto 1.
Pago 2	20%	A la presentación y aprobación de los Productos 2 y 3.
Pago 3	20%	A la presentación y aprobación de los Productos 4 y 5.
Pago 4	20%	A la presentación y aprobación del Producto 6.
Pago 5	30%	A la presentación y aprobación del Producto 7.

Calificaciones

Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: economista o áreas sociales, con al menos una maestría en salud pública o sistemas de salud, preferiblemente en alguna área de salud. Experiencia previa en la realización de al menos 3 estudios o evaluaciones en salud.

Idiomas: español

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada, incluyendo visita de campo y al menos dos viajes a Bolivia.
- Duración del Contrato: El Contractual tendrá 50 días no consecutivos, entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre de plazo para el desarrollo de la consultoría, a partir de la firma del contrato.
- Lugar(es) de trabajo: En el lugar de trabajo del consultor, y en Bolivia.
- Supervisión: La supervisión y coordinación de esta consultoría será efectuada por los Especialistas Sectoriales a cargo de las Operaciones mencionadas en la

representación del Banco en Bolivia, Nohora Alvarado (noraal@iadb.org) y Luis Buscarón (luisbu@iadb.org), con apoyo de los Analistas de Operaciones asignados.

Pagos y Condiciones de Empleo: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

BOLIVIA

SPH/CBO

CONSULTORÍA DE APOYO TÉCNICO PARA MÓDULO DE NUTRICIÓN DEL ESTUDIO DE BRECHAS DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Antecedentes

Descripción de la mortalidad materna y neonatal en Bolivia. La mortalidad materna y neonatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos, cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití).

Aunque en los últimos años la evolución de la razón de Mortalidad Materna (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011, las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplias. Los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional, siendo el Departamento del Beni, con una RMM de 96, el que presenta un peor indicador de las regiones de tierras bajas. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289) y Cochabamba (pasando de 130 a 188). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MMyP1. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población².

La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se sitúa en 31/mil NVs (2015). Casi un 30% de las MPs ocurren en las 24 horas después del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas. Las principales causas de la MP

¹ OMS. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016,

² El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población y aimara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%) y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP.

No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyN sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyP que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, cómo un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato.

En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyP: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.

La anemia en mujeres en edad fértil en Bolivia fue del 38% en 2008, según el dato más reciente; la tasa de anemia en mujeres está aumentando. El consumo de suplementos prenatales a nivel nacional fue 62% en 2004 y 77% en 2008; en los municipios con más pobreza extrema y en el quintil de ingresos más bajo fue un 70%³. Recientemente la OMS publicó la recomendación, basada en evidencia, de introducir medidas específicas de nutrición en la atención prenatal para un embarazo positivo. Estas medidas incluyen: la suplementación con dosis ajustadas de hierro, ácido fólico (para reducir la probabilidad de defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas) y calcio (para reducir la hipertensión); el manejo activo de la ganancia de peso durante el embarazo y la modificación de conductas alimentarias para evitar una ganancia excesiva de peso; y la introducción de alimentos complementarios balanceados sólo en

³ Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, 2008.

caso de bajo peso para evitar bajo peso al nacer y muerte neonatal. Durante el manejo activo de la tercera etapa del parto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los primeros meses de vida. La OMS también ha suprimido recomendaciones previas como la suplementación con proteínas y múltiples micronutrientes.

En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente. Con respecto a los recursos humanos en salud, Bolivia cuenta con 4.7 médicos y 10.1 enfermeros y parteras por 10mil habitantes; la recomendación es 23 médicos, enfermeros y parteras por 10mil habitantes; no se cuenta con información sobre profesionales de la salud capacitados en CONE.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud (MS) de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se ha comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyN y cuenta con un Plan elaborado en 2016.

Descripción del estudio “Análisis de Brechas de los Servicios de Salud y Nutrición de los Cuidados Obstétricos y Neonatales” (EB). Con el objetivo de brindar asistencia técnica al MS en el desarrollo del Plan de Reducción Acelerada de la MMyN, con énfasis en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni, que presentan las mayores tasas de mortalidad materna del país, se aprobó una cooperación técnica para la generación de información que sirva para la preparación de una operación de préstamo que financie parte de las actividades del mencionado plan nacional. Los objetivos específicos de la CT son: (i) realizar análisis sobre las condiciones actuales de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) que permitan diseñar acciones para introducir y fortalecer esos servicios; (ii) identificar debilidades de política sanitaria, programáticas y operativas para la incorporación de medidas de nutrición materna y perinatal en CONE; (iii) identificar las necesidades de profesionales y para-profesionales en estos campos. La generación sistemática de información y análisis actualizados sobre estos asuntos, diferenciando los tres ecosistemas del país (tierras altas -La Paz y Potosí-, valles -Cochabamba- y tierras bajas -Beni-), es requerida para diseñar la operación de préstamo con base en la evidencia. Para ello se relevará información en una muestra representativa de establecimientos de salud identificados en estos departamentos, con base en el listado entregado por el MS, para los cuales también se tiene información georreferenciada. La lista de los establecimientos y su georreferenciamiento será entregada por el Ministerio de Salud.

La presente consultoría brindaría asesoría técnica en el desarrollo del módulo de nutrición del Estudio de Brechas (EB).

Objetivo de la Consultoría

El objetivo de esta consultoría es apoyar técnicamente al BID y al MS en el desarrollo del módulo de nutrición del EB, específicamente en la definición del instrumento de relevamiento de las necesidades de nutrición en CONE y en el análisis de los resultados. Esta consultoría deberá trabajar en coordinación con la especialista en servicios de salud.

Actividades principales de la consultoría:

1. Revisar la literatura disponible (nacional e internacional) sobre los requerimientos mínimos de servicios de nutrición para la adecuada prestación de servicios de CONE (ambulatoria, básica y completa), considerando los 4 pilares fundamentales aceptados internacionalmente para una maternidad segura: la planificación familiar, la atención prenatal, el parto limpio y seguro y los CONE de emergencia. En el Anexo 1. se incluye información del marco conceptual de CONE de base para el estudio.
2. Definir, para cada nivel de atención en CONE y tipo de establecimiento, la cartera mínima de servicios de nutrición en CONE requerida en Bolivia.
3. Definir el inventario de insumos/productos requeridos para cada uno de los servicios definidos en el punto 1, para el adecuado servicio de nutrición, incluyendo aspectos como: recursos humanos; equipamiento, insumos, espacios físico de la infraestructura, horas de funcionamiento, otros.
4. Definir los criterios para la revisión del funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia y funcionamiento de redes.
5. Definir indicadores de desempeño/calidad de los servicios de nutrición
6. Con base en las definiciones de los puntos anteriores, diseñar e incorporar el módulo de nutrición, en los instrumentos o encuestas de relevamiento definido por el especialista en servicios de salud para el EB.
7. Análisis de resultados del módulo de nutrición para su inclusión en el EB.

Productos de la consultoría.

Producto 1. Reporte de revisión de literatura.

Producto 2. Instrumento de recolección de datos para módulo de nutrición.

Producto 3. Apoyo en entrenamiento a entrenadores en aspecto técnico de aplicación de encuesta del módulo de nutrición.

Producto 4. Borrador Análisis de brechas en nutrición con base en análisis de resultados de encuesta.

Cronograma de Pagos

Informe	Porcentaje	Plazo
Pago 1	10%	A la presentación y aprobación del Producto 1.
Pago 2	35%	A la presentación y aprobación de los Productos 2.
Pago 3	20%	A la presentación y aprobación de los Productos 3.
Pago 4	35%	A la presentación y aprobación del Producto 6.

Calificaciones

Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Médico, nutricionista o áreas afines, con al menos un estudio de posgrado en nutrición. Experiencia de al

menos 5 años en su profesión y con al menos 3 años de experiencia en el diseño o gestión de políticas, programas o proyectos de nutrición.

Idiomas: español

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual por productos.
- Duración del Contrato: El Contractual tendrá 30 días no consecutivos, entre el 1 de agosto y 1 de noviembre de plazo para el desarrollo de la consultoría, a partir de la firma del contrato.
- Lugar(es) de trabajo: En el lugar de trabajo del consultor, con al menos 2 visitas en Bolivia.
- Supervisión: La supervisión y coordinación de esta consultoría será efectuada por los Especialistas Sectoriales a cargo de las Operaciones mencionadas en la representación del Banco en Bolivia, Nohora Alvarado (noraal@iadb.org) y Luis Buscarón (luisbu@iadb.org), con apoyo de los Analistas de Operaciones asignados.

Pagos y Condiciones de Empleo: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

BOLIVIA

SPH/CBO

SERVICIOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA EL ANALISIS DE LAS BRECHAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. ANTECEDENTES

Descripción de la mortalidad materna y neonatal en Bolivia. La mortalidad materna y perinatal (MMyP) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos, cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití). Las autoridades sanitarias de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se han comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyP y cuentan con un plan elaborado en 2016.

Aunque en los últimos años la evolución de la razón de Mortalidad Materna (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011, las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplios. Los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional, siendo el Departamento del Beni, con una RMM de 96, el que presenta un peor indicador de las regiones de tierras bajas. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289) y Cochabamba (pasando de 130 a 188). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MMyP¹. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población².

La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se sitúa en 31/mil NVs (2015). Casi un 30% de las MPs ocurren en las 24 horas después del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas. Las principales causas de la MP son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%)

¹ OMS. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016.

² El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población y aymara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP.

No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyP sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyP que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, cómo un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato.

En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyP: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.

La anemia en mujeres en edad fértil en Bolivia fue del 38% en 2008, según el dato más reciente; la tasa de anemia en mujeres está aumentando. El consumo de suplementos prenatales a nivel nacional fue 62% en 2004 y 77% en 2008; en los municipios con más pobreza extrema y en el quintil de ingresos más bajo fue un 70%³. Recientemente la OMS publicó la recomendación, basada en evidencia, de introducir medidas específicas de nutrición en la atención prenatal para un embarazo positivo. Estas medidas incluyen: la suplementación con dosis ajustadas de hierro, ácido fólico (para reducir la probabilidad de defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas) y calcio (para reducir la hipertensión); el manejo activo de la ganancia de peso durante el embarazo y la modificación de conductas alimentarias para evitar una ganancia excesiva de peso; y la introducción de alimentos complementarios balanceados sólo en caso de bajo peso para evitar bajo peso al nacer y muerte neonatal. Durante el manejo activo de la tercera etapa del parto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los primeros meses de vida. La OMS también ha suprimido recomendaciones previas como la suplementación con proteínas y múltiples micronutrientes.

³ Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, 2008.

En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente. Con respecto a los recursos humanos en salud, Bolivia cuenta con 4.7 médicos y 10.1 enfermeros y parteras por 10mil habitantes; la recomendación es 23 médicos, enfermeros y parteras por 10mil habitantes; no se cuenta con información sobre profesionales de la salud capacitados en CONE.

Descripción del estudio “Análisis de Brechas de los Servicios de Salud y Nutrición de los Cuidados Obstétricos y Neonatales”. Con el objetivo de brindar asistencia técnica al Ministerio de Salud en el desarrollo del Programa de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno-Infantil, con énfasis en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni, que presentan las mayores tasas de mortalidad materna del país, se aprobó una cooperación técnica para la generación de información que sirva para la preparación de una operación de préstamo que financie parte de las actividades del mencionado plan nacional. Los objetivos específicos de la CT son: (i) realizar análisis sobre las condiciones actuales de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) que permitan diseñar acciones para introducir y fortalecer esos servicios; (ii) identificar debilidades de política sanitaria, programáticas y operativas para la incorporación de medidas de nutrición materna y perinatal en CONE; (iii) identificar las necesidades de profesionales y para-profesionales en estos campos. La generación sistemática de información y análisis actualizados sobre estos asuntos, diferenciando los tres ecosistemas del país (tierras altas -La Paz y Potosí-, valles -Cochabamba- y tierras bajas -Beni-), es requerida para diseñar la operación de préstamo con base en la evidencia. Se deberá realizar un muestreo representativo de los establecimientos de salud (ES) identificados en estos departamentos, según el listado que será entregado por el MS, para los cuales también se tiene información georeferenciada.

La presente consultoría buscaría apoyar técnicamente al BID y al Ministerio de Salud en el relevamiento de la información requerida para el análisis de brechas de los servicios de salud y nutrición con énfasis en CONE.

2. OBJETIVOS

El objetivo de este servicio es la realización de una encuesta para el levantamiento de información de salud y nutrición de CONE, que actualmente brindan los establecimientos de salud (ES) del Ministerio de Salud, en los 4 departamentos con mayores tasas de mortalidad materna y neonatal: La Paz (665), Potosí (514), Cochabamba (467) y Beni (213).

La siguiente tabla resume el tamaño aproximado y distribución de la muestra representativa de las tres (3) regiones del país:

Tabla 1. Tamaños referenciales de muestra

Tipo establecimiento/Región	Altiplano (La Paz Potosí)	Valle (Cochabamba)	Llano (Beni)	Total
Primer nivel (PS, CS)	164	132	98	394
Segundo nivel (hospitales 2do nivel)	3	5	3	11
Tercer y cuarto nivel (hospital general e institutos especializados)	1	1	1	3
Total, Región	168	138	102	408

Los establecimientos de salud en cada una de las regiones serán seleccionados al azar. Para efectos de la consultoría se entregará un listado con el nombre y la ubicación geográfica del Establecimiento de Salud.

3. ALCANCE Y ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

3.1. Alcance

El proveedor encargado de la implementación del servicio (en adelante, “el proveedor”) será responsable de las siguientes actividades principales:

1. Preparación del trabajo de campo, incluyendo prueba piloto, desarrollo del programa de entrada de datos, capacitación, planificación logística de campo, entre otros.
2. Verificación de ubicación de los ES, con base en listado y la información georeferenciada entregada por el MS.
3. Levantamiento de encuestas en aproximadamente 408 ES en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni.
4. Consolidación de bases de datos y elaboración de informes.

El cuadro siguiente resume los requerimientos y plazos:

Ítem	Descripción	Unidad de observación	Cantidad	Lugar de desarrollo del servicio	Plazo del Servicio Aprox.
1	Preparación del trabajo de campo			La Paz	Hasta 1.0 mes desde la firma de contrato
2	Validación de listado y ubicación de establecimientos de salud	Establecimientos de salud	XXXXXX	XXXXX municipios de los Departamentos de La Paz, Cochabamba, Potosí y Beni.	Hasta 1.5 meses desde la firma de contrato
3	Encuesta a establecimientos de salud	Establecimientos de salud	XXXXXX	XXXXX municipios de los Departamentos de La Paz, Cochabamba, Potosí y Beni.	Hasta 4 meses desde la firma de contrato
4	Consolidación de bases de datos e informes			La Paz o lugar de trabajo de la firma	Hasta 5 meses desde la firma de contrato

3.2. Especificaciones del Servicio

A. Equipo Técnico

El Equipo Técnico (ET) está conformado por responsables del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Servicios de Salud (DSS), el SNIS y el BID. El ET cuenta además con el apoyo técnico de un especialista en análisis de sistemas de salud, quien apoyará en la conducción del estudio. El ET realizará un seguimiento continuo a los servicios del proveedor con revisiones de avance en línea, cada 7 días.

B. Insumos Proporcionados por el Equipo Técnico

El ET entregará al proveedor los siguientes insumos para los diferentes componentes del servicio:

- Listado de establecimientos de salud, georeferenciados
- Cuestionarios preliminares
- Protocolos y manuales de campo preliminares

El proveedor será responsable de proveer todos los insumos y materiales no listados en esta sección y que sean requeridos para realizar el servicio, incluyendo materiales de capacitación, entre otros.

C. Adecuación de Instrumentos de Campo

El proveedor deberá llevar adelante pruebas de campo, grupos focales y otros métodos a ser acordados con el ET a fin de tener los insumos para la adecuación final de todos los instrumentos de campo, incluyendo cuestionarios, manuales y protocolos. Asimismo, el proveedor será responsable de la impresión de los documentos requeridos. Los cuestionarios serán elaborados en español; sin embargo, para su aplicación en campo, el proveedor deberá garantizar la disponibilidad de personal de campo con manejo suficiente del idioma quechua y aymara. Las versiones finales de los instrumentos de campo (cuestionarios, manuales, etc.) deberán ser aprobadas por el ET.

D. Captura de Datos

El proveedor será responsable de la captura de datos en dispositivos electrónicos. Los mecanismos de captura serán aprobados por el ET y deberán ser robustos en los siguientes aspectos:

- Establecer rangos de entrada de datos y chequeos de consistencia para valores apropiados para el país, en base a datos de encuestas de ES existentes.
- Incluir chequeos de rangos y consistencia, a medida que el cuestionario sea digitado.
- Las violaciones que surgen de estos chequeos deberán llevar a un mensaje inmediato y transparente enviado al transcriptor, junto con un método práctico para corregir los errores de digitación, o documentar cualquier respuesta que viole las reglas de chequeo del rango y consistencia.
- Permitir respuestas abiertas válidas y otras respuestas textuales fuera de las opciones de respuesta provistas en el cuestionario.
- El nombre de las variables generado por la captura deberá corresponder claramente y de manera lógica a las etiquetas de las preguntas utilizadas en el cuestionario.

E. Preselección de Personal de Campo para Capacitación

El personal de campo para la encuesta a ES estará compuesto por supervisores y encuestadores.

Debido a que el entrenamiento deberá servir también como proceso de selección del personal de campo más apto, el proveedor deberá preseleccionar al menos 20% más personas para el entrenamiento que los que serán finalmente contratados. El proveedor deberá reclutar personal de campo tomando en cuenta la descripción de cada rol y perfil idóneo para el cargo:

- **Supervisores.** Los supervisores de campo son los responsables inmediatos del levantamiento y el control de calidad de los datos recogidos. Deberán asignar el trabajo a los encuestadores; poner en práctica en cada ES el plan de trabajo y los procedimientos de supervisión establecidos; coordinar la corrección de las inconsistencias detectadas por medio de re-entrevistas; y asegurar la transmisión permanente de los datos recogidos al Jefe de Gestión de Datos.

Perfil: Al menos estudios universitarios en áreas de salud, ciencias sociales o humanísticas con experiencia mínima de dos (2) proyectos de trabajo de campo en encuestas en salud, nutrición o niñez. Manejo del idioma quechua.

- **Encuestadores.** Los encuestadores son los responsables del llenado de los cuestionarios, de acuerdo con las buenas prácticas habituales, y los requerimientos específicos de la encuesta.

Perfil: Al menos estudios universitarios en áreas de salud, con experiencia mínima de al menos un (1) trabajo de campo cualitativo o cuantitativo, de preferencia con conocimientos en temáticas de salud. Facilidad de comunicación verbal y buenas relaciones personales. Manejo del idioma quechua o aymara.

F. Capacitación, Evaluación y Selección Final del Personal de Campo

El proveedor deberá desarrollar materiales de capacitación que deberán ser aprobados por el ET. Los manuales de campo adecuados y validados deberán servir tanto como base para el entrenamiento del personal de campo como de guía de referencia en campo.

La capacitación y el entrenamiento general deberán ser dados tanto a supervisores como encuestadores con el fin de crear un ambiente de equipo. Adicionalmente, los

supervisores deberán recibir entrenamiento específico para su cargo luego del entrenamiento general.

El entrenamiento deberá ser centralizado y programado para un mínimo de diez (10) días y deberá tener los siguientes componentes:

- Componente teórico. Se deberá revisar la teoría de cada uno de los instrumentos, examinando cada pregunta con el objetivo de entender a cabalidad su objetivo y forma de aplicación.
- Componente práctico en clase. Cada participante deberá practicar el llenado del cuestionario en el aula. Para ello, podrá hacerse uso de herramientas visuales, viñetas donde se presentan escenarios de casos basados en ES típicos (tal vez tipologías de ES encontrados durante el entrenamiento de supervisores o la prueba piloto). Otra alternativa es filmar una entrevista piloto y que los encuestadores llenen un cuestionario para que la entrevista pruebe la consistencia entre encuestadores.
- Componente práctico en campo. Después de las prácticas en aula, el personal de campo deberá ir a campo para administrar el cuestionario completo a un número reducido de ES (fuera de la muestra de estudio). La prueba no deberá estar enfocada en cambios al cuestionario, sino en simular la implementación del cuestionario bajo circunstancias normales. Se espera que al final de la práctica cada encuestador haya realizado al menos una (1) entrevista completa. La práctica en terreno debe considerar el conjunto de actividades a desarrollar por el personal de campo.
- Componente de evaluación. Luego del entrenamiento, encuestadores y supervisores deberán ser evaluados en base a su entendimiento del cuestionario y de su habilidad para registrar los datos de manera correcta usando los mismos escenarios de prueba que los usados en las prácticas de clase.

El proceso de selección de los mejores encuestadores y supervisores se efectuará sobre la base de los criterios acordados con el ET. El proveedor deberá entregar al ET el listado final del personal que conformará el equipo de campo propuesto con sus calificaciones correspondientes. El ET se reserva el derecho a solicitar el reemplazo de uno o más miembros del equipo propuesto, basado en las calificaciones de los mismos. Cualquier adición de nuevo personal que sea posterior al periodo de capacitación general deberá seguir los mismos protocolos de entrenamiento descritos anteriormente.

G. Organización del Trabajo de Campo

El personal de campo deberá organizarse en brigadas autónomas, cada una conformada de la siguiente manera:

- Un (1) Supervisor(a)
- Tres (3) Encuestadores(as)

La tabla siguiente muestra un cronograma referencial de trabajo semanal previsto para una brigada de campo. El cronograma deberá ser ajustado considerando las particularidades en UPMs urbana y rurales.

Día	Encuesta a ES
1	Contacto con el responsable del ES
2	Encuesta a ES.
3	Encuesta a ES.
4	Viaje al siguiente ES. Contacto con el responsable del ES
5	Encuesta a ES.

6	Encuesta a ES.
7	Encuesta a ES. Viaje al siguiente ES

Se acordará un protocolo específico con el ET para definir aspectos técnicos como días de espera en caso de no presencia de informantes, revisitas y otros.

H. Encuesta a ES

Objetivos

El objetivo de la encuesta a ES es identificar las brechas de los servicios de salud y nutrición de los cuidados obstétricos y neonatales que actualmente brindan los establecimientos del Ministerio de Salud, en los 4 departamentos con mayores tasas de mortalidad materna y neonatal: La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni. El análisis incluye tanto aspectos físicos de la oferta de servicios, como de calidad (readiness assessment).

Instrumentos de recolección de datos

La encuesta a las ES tendrá una duración promedio de **XX minutos** e incluirá los siguientes módulos y contenidos principales:

Módulo 1 (inventario físico según tipo de ES):

- insumos
- infraestructura
- equipos
- medicamentos

Módulo 2: (recursos humanos)

- cantidad
- entrenamiento
- características
- asistencia
- otros

Módulo 3. Calidad de los servicios

Módulo 4. Entrevistas a usuarios (satisfacción)

I. Perfil mínimo del equipo profesional solicitado sujeto a evaluación

Para la gestión global de la encuesta, el proveedor nominará un equipo central, constituido por el siguiente personal mínimo:

- Un (1) Gerente de Proyecto
- Un (1) Jefe de Operaciones de Campo
- Un (1) Jefe de Gestión de Datos
- Un (1) Personal Administrativo

Las responsabilidades y calificaciones mínimas del personal son las siguientes:

- **Gerente del Proyecto:** El Gerente del Proyecto es responsable de desarrollar el proyecto en los plazos establecidos y mantener comunicaciones permanentes con el ET, el personal técnico designados por el ET y el Ministerio de Salud.

Perfil: Profesional con post-grado universitario (mínimo de maestría) en estadística, economía, ciencias sociales u otra materia relevante para la encuesta, y experiencia de al menos 4 en la dirección de encuestas en área social.

- **Jefe(a) de Operaciones de Campo:** El Jefe de Operaciones de Campo es responsable de la adaptación y pilotaje de los instrumentos de medición y

manuales de campo; selección y capacitación de las brigadas de campo; desarrollo del plan de encuesta según los lineamientos entregados por el ET; definición de los procedimientos de control de calidad; y del control de la logística de las operaciones de campo.

Perfil: Profesional con grado universitario en estadística, economía, ciencias sociales u otra materia relevante para la encuesta, y experiencia de al menos 4 en la dirección de encuestas en área social.

- **Jefe(a) de Gestión de Datos:** El Jefe de Gestión de Datos es responsable de: desarrollar los programas de ingreso de datos con base a lineamientos del ET; capacitar a los encuestadores en el uso de las tabletas y el programa de entrada de datos; monitorear la logística y realizar el control del ingreso de datos; consolidar y entregar las bases de datos al ET a medida que la información se reciba del terreno, entre otros.

Perfil: Profesional con grado universitario en informática o ramas afines, y al menos tres (5) proyectos de elaboración de programas de entrada de datos en CSPro y gestión de datos.

4. ACTIVIDADES

El proveedor deberá implementar de manera exitosa la realización de la encuesta considerando las siguientes actividades específicas:

4.1. Actividades de Preparación

A. Elaboración de un plan de actividades detallado

El plan de actividades deberá especificar fechas, responsables y fechas de entregas de los diferentes productos comprometidos en el servicio. Este plan deberá ser consensuado y validado por el ET.

B. Adecuación de instrumentos de campo

El proveedor será responsable de implementar todas las actividades necesarias para la adecuación final de los instrumentos de campo, incluyendo pruebas piloto, grupos focales y otros métodos. La versión final de los instrumentos deberá ser aprobada por el ET. El proveedor será responsable por la impresión de los documentos (Ver sección 3.2.C).

C. Realización de la prueba piloto (antes de la capacitación)

El proveedor deberá organizar una prueba piloto de la encuesta en un mínimo de 3 ES en zonas similares, pero fuera de la muestra de evaluación. La prueba piloto tiene como objetivo probar el contenido de los cuestionarios, así como todos los protocolos de campo, incluyendo la aplicación en tabletas de datos. En base a los resultados se podrán sugerir adecuaciones finales a los instrumentos de campo y herramientas de captura de información.

D. Preselección, capacitación y selección del personal de campo

En base a criterios de selección previamente aprobados por el ET, el proveedor preseleccionará al personal de campo cuidando de seleccionar un número mayor de personas que el total requerido (al menos 20% más). Las actividades de capacitación, evaluación y selección final del personal deberán cumplir con los criterios definidos en las Especificaciones Técnicas de estos Términos de Referencia.

E. Elaboración del plan de trabajo de campo

El plan de procedimientos de campo deberá ser elaborado por el proveedor y consensuado con el ET. Una vez establecido el plan de campo, el proveedor deberá implementar la encuesta adhiriéndose al plan tanto como las condiciones lo permitan.

Si las condiciones de campo imponen cambios significativos al plan, el supervisor de campo del proveedor deberá informar al ET, en forma de un reporte escrito o reporte de avance, la que autorizará las modificaciones al plan previamente acordado.

4.2. Actividades de Implementación

F. Implementación exitosa de la recolección de datos

Se deberá realizar una implementación exitosa de la recolección de datos en todos los ES de la muestra planificadas y de remplazo (si aplica). Un ES será encuestado exitosamente si incluye lo siguiente:

- Base de datos que contenga todos los datos codificados del ES.
- Reporte del supervisor de campo que documente:
 - Fechas de arribo y finalización de cada ES.
 - Cualquier dificultad importante o cualquier desviación del plan de trabajo estándar.
 - Registro de cada remplazo de ES que sea requerido, incluyendo las razones del remplazo.
 - Cualquier otro evento notable.

G. Elaboración de reportes semanales de progreso del trabajo de campo

El proveedor deberá reportar de forma semanal al ET el progreso del levantamiento de datos a nivel de ES. Estos reportes contendrán, entre otros, el número y la identificación de los ES completadas exitosamente, número de ES encuestados. El proveedor deberá también programar una reunión con los supervisores y encuestadores que se realizará después de 1 semana del inicio del trabajo de campo. Esta reunión deberá dar al equipo una oportunidad para discutir cualquier problema relacionado a la supervisión y organización de trabajo de campo para el reporte de progreso.

H. Compilación de las bases de datos preliminares

El proveedor deberá consolidar toda la información del levantamiento de la encuesta de seguimiento, entregando bases de datos intermedias (las primeras con los 50, 100 y 150 ES relevados). La entrega de las bases de datos se deberá hacer en SPSS o STATA respetando la estructura de datos y diccionario establecido de común acuerdo con el ET. Las bases de datos incluyen: i) base de datos con resumen de la información del listado de ES a nivel de municipio; ii) bases de datos con información de los ES y sus miembros.

I. Entrega final de base de datos y documentación del trabajo de campo

El proveedor deberá hacer la entrega oportuna de todas las bases de datos y documentación asociada, de acuerdo al cronograma de trabajo preestablecido con el ET.

Todos los gastos necesarios para la ejecución de las actividades enumeradas anteriormente serán por cuenta del proveedor.

5. PRODUCTOS Y PLAZOS

Para fines de pago, el servicio tendrá los siguientes productos y plazos:

Producto 1.

- a. Informe con plan de actividades detallado, incluyendo plan general de capacitación.

Plazo de entrega: a los quince (15) días calendario de la firma de contrato.

Producto 2.

- a. Mecanismos de captura de datos para la encuesta a ES
- b. Resultados de la prueba piloto, cuestionarios y manuales finales.
- c. Informe sobre entrenamiento y lista de personal de terreno capacitado y preseleccionado, con antecedentes que acrediten el cumplimiento de los criterios de selección.

Plazo de entrega: a los cuarenta y cinco (45) días calendario de la firma de contrato.

Producto 3.

- a. Reporte Intermedio de Trabajo de Campo, detallando las actividades de campo e incluyendo un consolidado de los informes semanales que detallen el avance del trabajo de campo de la encuesta a ES y bases de datos intermedias.

Plazo de entrega: a los ciento veinte (120) días de la firma de contrato.

Producto 4.

- a. Reporte Final del Trabajo de Campo de la encuesta a ES
- b. Bases de datos finales y completas de todos los instrumentos aplicados y Reporte Final de Entrega de Datos de acuerdo a formato establecido con el ET.

Fecha de entrega: al ciento cincuenta (150) días de la firma de contrato.

6. EXPERIENCIA DE EL PROVEEDOR

Se evaluarán los antecedentes relevantes de las entidades participantes de la convocatoria en la realización de encuestas a ES con características y temática relacionadas al servicio solicitado. En particular, las entidades deberán contar con experiencia específica en base a los siguientes criterios:

- Experiencia en al menos dos (4) encuestas cuantitativas en áreas urbanas y rurales, en salud, preferiblemente en países de la región de América Latina y el Caribe en los últimos ocho (8) años.
- Experiencia en al menos cuatro (3) encuestas realizadas en dispositivos móviles (tabletas, teléfonos inteligentes o laptops) en los últimos ocho (8) años.

7. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

1. **Modalidad de contratación:** Servicios de no consultoría nacional
2. **Características del servicio:** La duración del servicio es de cinco (5) meses a partir de la firma de contrato.
3. **Lugar de trabajo:** municipios de los departamentos seleccionados.

8. CRONOGRAMA DE PAGOS

El cronograma de pagos será el siguiente:

- 15% a la entrega y aceptación del Producto 1
- 35% a la entrega y aceptación del Producto 2
- 30% a la entrega y aceptación del Producto 3
- 20% a la entrega y aceptación del Producto 4

9. SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN

La supervisión y coordinación de la ejecución integral del servicio estará a cargo del ET del Ministerio de Salud y del BID. Adicionalmente, el proveedor deberá trabajar en estrecha coordinación con el(la) consultor(a) externa a cargo del aseguramiento de calidad.

10. CONFIDENCIALIDAD

Los datos y la información obtenidos a partir de la aplicación de las encuestas, así como los instrumentos de recolección de datos, bases de datos, programas de entrada de datos, etc. son propiedad del Organismo Ejecutor. El proveedor adjudicado no podrá emplear ni difundir ninguna información o instrumento sin la aprobación específica del Organismo Ejecutor y el Equipo Técnico de la Evaluación de Impacto.

BOLIVIA

SPH/CBO

CONSULTORÍA PARA ASESORIA TÉCNICA EN ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO DE BRECHAS EN CONE

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Antecedentes

Descripción de la mortalidad materna y neonatal en Bolivia. La mortalidad materna y perinatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos, cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití). Las autoridades sanitarias de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se han comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyP y cuentan con un plan elaborado en 2016.

Aunque en los últimos años la evolución de la razón de Mortalidad Materna (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011, las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplios. Los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional, siendo el Departamento del Beni, con una RMM de 96, el que presenta un peor indicador de las regiones de tierras bajas. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289) y Cochabamba (pasando de 130 a 188). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MMyP1. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población2.

La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se sitúa en 31/mil NVs (2015). Casi un 30% de las MPs ocurren en las 24 horas después

¹ OMS. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016

² El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población y aimara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas. Las principales causas de la MP son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%) y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP.

No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyN sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyN que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, cómo un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato.

En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyP: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.

La anemia en mujeres en edad fértil en Bolivia fue del 38% en 2008, según el dato más reciente; la tasa de anemia en mujeres está aumentando. El consumo de suplementos prenatales a nivel nacional fue 62% en 2004 y 77% en 2008; en los municipios con más pobreza extrema y en el quintil de ingresos más bajo fue un 70%³. Recientemente la OMS publicó la recomendación, basada en evidencia, de introducir medidas específicas de nutrición en la atención prenatal para un embarazo positivo. Estas medidas incluyen: la suplementación con dosis ajustadas de hierro, ácido fólico (para

³ Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, 2008.

reducir la probabilidad de defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas) y calcio (para reducir la hipertensión); el manejo activo de la ganancia de peso durante el embarazo y la modificación de conductas alimentarias para evitar una ganancia excesiva de peso; y la introducción de alimentos complementarios balanceados sólo en caso de bajo peso para evitar bajo peso al nacer y muerte neonatal. Durante el manejo activo de la tercera etapa del parto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los primeros meses de vida. La OMS también ha suprimido recomendaciones previas como la suplementación con proteínas y múltiples micronutrientes.

En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente. Con respecto a los recursos humanos en salud, Bolivia cuenta con 4.7 médicos y 10.1 enfermeros y parteras por 10mil habitantes; la recomendación es 23 médicos, enfermeros y parteras por 10mil habitantes; no se cuenta con información sobre profesionales de la salud capacitados en CONE.

Descripción del estudio “Análisis de Brechas de los Servicios de Salud y Nutrición de los Cuidados Obstétricos y Neonatales”. Con el objetivo de brindar asistencia técnica al Ministerio de Salud en el desarrollo del Programa de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno-Infantil, con énfasis en los departamentos de La Paz, Potosí, Cochabamba y Beni, que presentan las mayores tasas de mortalidad materna del país, se aprobó una cooperación técnica para la generación de información que sirva para la preparación de una operación de préstamo que financie parte de las actividades del mencionado plan nacional. Los objetivos específicos de la CT son: (i) realizar análisis sobre las condiciones actuales de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) que permitan diseñar acciones para introducir y fortalecer esos servicios; (ii) identificar debilidades de política sanitaria, programáticas y operativas para la incorporación de medidas de nutrición materna y perinatal en CONE; y (iii) identificar las necesidades de profesionales y para-profesionales en estos campos. La generación sistemática de información y análisis actualizados sobre estos asuntos, diferenciando los tres ecosistemas del país (tierras altas -La Paz y Potosí-, valles -Cochabamba- y tierras bajas -Beni-), es requerida para diseñar la operación de préstamo con base en la evidencia. Se realizará un muestreo representativo de los establecimientos de salud (ES) identificados en estos departamentos, según el listado que será entregado por el MS, para los cuales también se tiene información georreferenciada.

La presente consultoría buscaría apoyar técnicamente al BID y al Ministerio de Salud en la revisión de la calidad de la información relevada y las bases de datos, para el estudio de brechas de los servicios de salud y nutrición con énfasis en CONE.

Objetivo de la Consultoría

El objetivo general es brindar asesoría técnica al equipo técnico (ET) del BID y el MS en relación a la revisión de la calidad de la información y base de datos generada por la firma que realizará el relevamiento de las encuestas para el “Estudio sobre Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes”, que se estará realizando en el marco de las prioridades del Ministerio de Salud para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Los objetivos específicos son:

1. Realizar el diseño muestral para la selección de los establecimientos, con representatividad de cada uno de los tres pisos ecológicos del país, para los 4 departamentos seleccionados.
2. Apoyar al ET en el diseño metodológico para el levantamiento de la información.
3. Apoyar al especialista en salud en el diseño de los instrumentos de recolección, con el apoyo de la consultora experta en servicios de salud.
4. Brindar asistencia técnica a la firma encargada de la recolección de información.
5. Realizar el aseguramiento de calidad del levantamiento de información y revisión de las bases de datos entregados por la firma que realizará el relevamiento.
6. Apoyo a la consultora especialista en servicios de salud y al ET en el análisis de la información para el Estudio de Brechas.

Actividades Principales

El Profesional deberá desarrollar las actividades contenidas en la siguiente lista, enunciadas de manera indicativa, no exclusiva ni limitante:

- Asistir a reuniones técnicas organizadas por el ET - BID relacionadas con el Estudio u otras que la especialista considere relevantes para el Estudio
- Revisar los TDR Estudio de Brechas y apoyar en la definición del diseño metodológico del estudio.
- Apoyar a la consultora especialista en servicios de salud y al ET en la definición de los instrumentos de recolección de la información.
- Trabajar coordinadamente con la consultora especialista en salud para dar asistencia técnica a la firma para el plan de trabajo, desarrollo del programa de captura de datos y capacitación al personal para la recolección de información.
- Para el aseguramiento de la calidad supervisar en campo el inicio del trabajo de recolección de datos y monitorear permanentemente el levantamiento de información.
- Otras actividades que se acuerden con el BID, inherente a la actividad del estudio

Productos

El contractual deberá presentar los siguientes productos:

1. Informe de revisión de los TDR y metodología de relevamiento de información.
2. Informe de revisión de los instrumentos de recolección de información cualitativa y cuantitativa, elaborados por la especialista en servicios de salud, para el Estudio de Brechas.
3. Al menos dos Informes sobre el avance en el relevamiento de la información y reporte de calidad de la misma, con recomendaciones
4. Validación de la base de datos con información procesada.

Cronograma de Pagos

Informe	Porcentaje	Plazo
Informe 1	20%	A los 15 días de la firma del contrato, a la presentación y aprobación del informe.
Informe 2	25%	Al mes de la firma del contrato, a la presentación y aprobación del informe

Informe 3	25%	A los 4 meses de la firma del contrato, a la presentación y aprobación del informe.
Informe 4	30%	A los 5 meses de la firma del contrato, a la presentación y aprobación del informe.

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Título Académico en estadística, preferiblemente con conocimientos en sistemas informáticos. Con experiencia laboral mínima de 5 (cinco) años en el ejercicio de la profesión a partir del primer título académico. Con experiencia específica en al menos 4 trabajos relacionadas con procesamiento de información y/o revisión de calidad de información.
- Idiomas: español
- Áreas de Especialización: estadística social.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada.
- Duración del Contrato: El Contractual tendrá 5 meses de plazo para el desarrollo de la consultoría, a partir de la firma del contrato.
- Lugar(es) de trabajo: La Paz, con viajes a los departamentos y provincias de ser necesario. Para lo cual se le financiarán los gastos con recursos externos a la consultoría.
- Supervisión: La supervisión y coordinación de esta consultoría será efectuada por los Especialistas Sectoriales a cargo de las Operaciones mencionadas en la representación del Banco en Bolivia, Nohora Alvarado (noraal@iadb.org *05 7708) y Luis Buscarons (luisbu@iadb.org *05 7707), con apoyo del Analista de Operaciones asignado.

Pagos y Condiciones de Empleo: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

BOLIVIA

SPH/CBO

CONSULTORÍA PARA DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA GESTIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN CONE.

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Antecedentes

Descripción de la mortalidad materna y neonatal en Bolivia. La mortalidad materna y perinatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos, cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití)

Aunque en los últimos años la evolución de la razón de Mortalidad Materna (RMM=MM por 100 mil nacidos vivos) ha sido positiva, pasando de 187 en el año 2000 a 160 en 2011, las diferencias regionales y por estrato socio-económico son muy amplios. Los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro (tierras altas) y el de Cochabamba (valle) muestran las RMM más altas, con razones que van de 289 (La Paz) a 188 (Cochabamba). Los llanos orientales (tierras bajas) presentan razones por debajo del promedio nacional, siendo el Departamento del Beni, con una RMM de 96, el que presenta un peor indicador de las regiones de tierras bajas. Al comparar los datos de los años 2000 y 2011, puede observarse que Beni, Oruro y Potosí lograron reducir su RMM, pasando respectivamente de 222 a 96, de 184 a 126 y de 333 a 255. No obstante, la RMM se incrementó en La Paz (pasado de 282 a 289) y Cochabamba (pasando de 130 a 188). Las principales causas directas de muerte materna son hemorragia (59%), hipertensión (19%), aborto (13%) y sepsis (6%). Las causas indirectas incluyen infecciones y anemia nutricional durante el embarazo; la anemia compromete el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de sepsis, está asociada al parto prematuro y es un precursor de la MMyP1. El 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio, el 37% en el establecimiento de salud y el 17% durante el traslado. Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el censo de población y vivienda de 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena; el 68% de las muertes maternas ocurre en esta población².

La tasa de mortinatos es 17/mil nacimientos, mientras que la mortalidad perinatal (MP) es 18/mil NV y contribuye en un 58% a la tasa de mortalidad infantil (MI), la cual se sitúa en 31/mil NVs (2015). Casi un 30% de las MPs ocurren en las 24 horas después del parto. Por tanto, el parto institucional de calidad y atendido por personal capacitado, y la reducción de la MP ayudarían a lograr reducciones significativas de la MI en Bolivia. Dado que solo el 76% de los nacimientos se registran, es probable que las prevalencias de mortinatos y de MP sean más altas. Las principales causas de la MP

¹ OMS. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016.

² El 38% de las muertes maternas ocurre en la población quechua, el 28% en la población yaimara y el 4% a pueblos indígenas de tierras bajas.

son pre madurez (28%), asfixia y trauma asociados al nacimiento (27%), neumonía, sepsis y tétano (21%) y anomalías congénitas como defectos del tubo neural (17%). El bajo peso al nacer es alrededor de 20%, pero la información es poco confiable. La altitud contribuye a la hipertensión materna y al retardo en el crecimiento intrauterino en Bolivia (donde la mayoría de la población vive a más de 2500 metros), ambos precursores de mortinatos y MP.

No hay una sola intervención que pueda reducir la MMyN sustancialmente; es por eso que las recomendaciones internacionales se refieren a paquetes o conjuntos de servicios, tales como Cuidado Obstétrico Neonatal-CONE, y proponen priorizar las atenciones intra parto sin desatender servicios preventivos durante el embarazo (los cuales abordan las causas subyacentes como suplementación con hierro para prevenir anemia nutricional, la cual aumenta el riesgo de hemorragia intra parto) y el postparto. CONE es una estrategia operativa efectiva para reducir MMyP que aumenta la disponibilidad y el acceso a los servicios y cuidados prenatales, obstétricos, puerperales y neonatales, e integra una red de servicios de salud con capacidad para atender la salud reproductiva de mujeres en edad fértil, el embarazo, el parto, el postparto y a los recién nacidos. Se articula por medio de una clara jerarquía de capacidades de resolución entre niveles ambulatorio, básico y completo, y por un sistema de referencia y respuesta que empieza desde la comunidad. La estrategia CONE está inmersa en un sistema de gestión y conducción local y regional en salud. La atención institucional del parto por personal calificado es la clave de CONE, si bien la estrategia incluye atenciones específicas de probada efectividad durante el embarazo, cómo un mínimo de controles prenatales y atenciones mínimas durante cada control, y en el postparto, como chequeo y prevención de sepsis en la madre y en el neonato.

En Bolivia, un 72% de las embarazadas reciben al menos cuatro controles prenatales (2008), porcentaje menor al 78% reportado para 1989. De igual manera, la atención institucional del parto, usando la definición de la OMS de parto institucional, se ha reducido de 80% en 2000 a 68-76% en 2008; aunque, usando la definición nacional (un parto atendido por personal calificado, aunque no sea en un establecimiento de salud equipado para el efecto), un 93% de los partos en Bolivia fueron “institucionales” en 2015. Un 71% de los partos son atendidos por personal calificado y un 77% de nacimientos reciben atención postnatal en las 48 horas después del parto. Las prevalencias son más bajas en las áreas rurales y en el quintil de ingresos más bajo. Las políticas sanitarias podrían alinearse con el objetivo de reducir la MMyP: por ejemplo, no se ha adoptado la recomendación internacional de una visita domiciliar post natal en las primeras 24 y 72 horas después del parto.

En términos de los servicios disponibles, una muestra de establecimientos a nivel nacional mostró que en 2003 sólo un 11% contaba con los servicios obstétricos básicos de emergencia necesarios, mientras que un 53% no estaban en condiciones de realizar las seis funciones básicas del cuidado obstétrico urgente.

Partiendo de estos resultados, el Ministerio de Salud de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se ha comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyN y cuenta con un plan elaborado en 2016.

En apoyo a la definición de una operación para el abordaje de este Plan, el BID aprobó una cooperación técnica (BO-T1283) para generar información sobre las brechas en la prestación de los servicios de CONE por parte de las redes de salud del MS, así como

identificar los requerimientos para fortalecer las capacidades gerenciales en CONE y mejorar la calidad de los servicios. La presente consultoría buscaría apoyar técnicamente al BID y al MS para el desarrollo del sistema de mejoramiento gerencial y la calidad de los servicios de CONE.

Objetivo de la Consultoría

El objetivo de esta consultoría es apoyar al Ministerio de Salud en la definición e implementación de un sistema o estrategia para fortalecer la gestión y calidad de los servicios en CONE. Para este propósito se aplicará la “Guía Metodológica para la Medición de la Calidad” del Anexo 1, la cual, a partir de su implementación será adaptada a las condiciones del sistema de salud de Bolivia.

De acuerdo con esta Metodología, la consultora, junto con un equipo disciplinario del Ministerio de Salud, realizarán las actividades definidas en la Guía, las cuales se resumen a continuación:

1. **Etapas de Planeación.** Se determinan cuáles son los procesos claves para la prestación de servicios CONE. Esto incluye el desarrollo de al menos 3 componentes: documentación, organización y el establecimiento de los procesos claves; estandarización de los procesos, con base en indicadores y sus respectivos criterios; y definición de instrumentos de sistemas de registros e integración de información para la medición de la calidad. Se incluirá un esquema organizacional de la operativización del sistema o estrategia de Mejoramiento Continuo de la Calidad, con responsable y funciones.
2. **Etapas de Implementación.** En esta fase de implementación se hace la medición de la calidad de los servicios, es decir, se verifica periódica y continuamente el cumplimiento de los procesos claves, a través del seguimiento en el cumplimiento de las normas, indicadores, criterios y umbrales de calidad definidos en el componente de Planeación y con el uso de los instrumentos de registro, medición y presentación de resultados. En esta etapa el consultor deberá incluir el acompañamiento en la aplicación de la Guía al personal responsable del sistema definido por el MS.
3. **Etapas de Análisis.** En esta etapa se identifican las brechas, variación o problema e identifican y priorizan las intervenciones de menor costo y más relevantes y de mayor efectividad y factibilidad. Con base en este análisis se define un Plan de Mejora.
4. **Etapas de Acción y Mejora.** Corresponde a la etapa de desarrollo y seguimiento del Plan de Mejora.

Productos de la consultoría.

Producto 1. Documento que contenga los diagramas de flujo de los procesos claves identificados y priorizados, para los servicios en CONE definidos por el MS.

Producto 2. Documento de que defina el sistema de registros e integración de información requerida para la medición de la calidad, el cual incluya: el plan de información para el registro y medición de calidad, el ajuste o diseño de los instrumentos de registro y medición, y el ajuste o diseño de tableros de mando.

Producto 3. Un primer informe de los resultados de la aplicación de la metodología de Medición de Calidad en la etapa de implementación.

Producto 4. Un Plan de Mejoras en el que se identifiquen las brechas y problemas.

Producto 5. Informe de seguimiento del Plan de Mejoras.

Cronograma de Pagos

Informe	Porcentage	Plazo
Producto 1	20%	A la presentación y aprobación del Producto 1. Al mes de firma del contrato.
Producto 2	30%	A la presentación y aprobación del Producto 2. Al mes y medio de firma del contrato.
Producto 3	20%	A la presentación y aprobación del Producto 3. A los 3 meses de firma del contrato.
Producto 4	20%	A la presentación y aprobación del Producto 4. A los 4 meses de firma del contrato.
Producto 5	10%	A la presentación y aprobación del Producto 5. A los 5 meses de firma del contrato.

Calificaciones

Destrezas y competencias

Gerente de proyecto

- Se prefiere un título de doctorado en ciencias sociales o un campo relacionado, y como mínimo una maestría.
- Es esencial contar con al menos 7 años de experiencia en la gestión de programas o proyectos sociales o en salud.
- Se requiere haber realizado/dirigido por lo menos 3 estudios similares al de la presente consultoría (fortalecimiento o reingeniería de procesos).
- Capacidad para comunicarse en los idiomas locales un plus.

Profesional en salud

- Título académico: Licenciatura en medicina, enfermería o un campo relacionado. Sería deseable un título de posgrado en salud pública, epidemiología, economía, matemáticas, estadísticas u otras ciencias sociales.
- Habilidades: Amplia experiencia en el sector de la salud, incluyendo experiencia como profesional de la salud y experiencia como gerente / administrativo / director de instalaciones de salud. Habilidades cuantitativas y cualitativas fuertes, incluyendo la experiencia previa con la colección y el análisis de datos y la realización de encuestas. La experiencia previa con tipos similares de evaluación es altamente deseable. Experiencia previa la gestión de equipos de consultores un plus. Disponibilidad para viajar y pasar varios días en Bolivia.

Administrador de datos

- Es esencial tener por lo menos una licenciatura en estadística o un título avanzado en economía, ciencias sociales o un campo relacionado con un enfoque cuantitativo fuerte.
- Se requiere habilidad para la entrada de datos y capacidad para organizar la entrada de datos para los propósitos de análisis
- Capacidad demostrada para entregar una recolección de datos precisa y limpia.
- Experiencia con plataformas de recolección de datos asistida por computadoras (incluyendo dispositivos móviles) es una ventaja

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada, incluyendo visita de campo y al menos dos viajes a

Bolivia.

- Duración del Contrato: El Contractual tendrá 100 días no consecutivos, entre el 1 de agosto y el 15 de diciembre para el desarrollo de la consultoría, a partir de la firma del contrato.
- Lugar(es) de trabajo: En el lugar de trabajo del consultor, y en Bolivia.
- Supervisión: La supervisión y coordinación de esta consultoría será efectuada por los Especialistas Sectoriales a cargo de las Operaciones mencionadas en la representación del Banco en Bolivia, Nohora Alvarado (noraal@iadb.org) y Luis Buscarón (luisbu@iadb.org), con apoyo de los Analistas de Operaciones asignados.

Pagos y Condiciones de Empleo: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

BOLIVIA

SPH/CBO

CONSULTORÍA DE APOYO A LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN (POD) Y ARRANQUE DE LA MISMA

I. ANTECEDENTES

1.1 La mortalidad materna y neonatal (MMyN) constituye un evento trágico que destruye familias y deja niños huérfanos cuando en la mayoría de los casos, con las medidas adecuadas y servicios oportunos, estas muertes serían evitables; aun así, la mortalidad materna no está declinando al ritmo esperado. Bolivia, con una tasa de mortalidad materna de 160 muertes por cada 100.000 N.V., se sitúa entre los países de la región con más alta MM (solamente superado por Guyana y Haití).

1.2 Ante esta realidad, las autoridades sanitarias de Bolivia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como objetivo principal la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social, se han comprometido a tomar medidas para reducir aceleradamente las MMyN y cuentan con un “Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, elaborado en 2016.

1.3 En apoyo al MS se aprobó una CT cuyo propósito es brindar asistencia técnica al Ministerio de Salud en la generación de información requerida para el desarrollo del Plan de reducción de la MMyN. Uno de los objetivos de esta CT es apoyar la elaboración de una propuesta de desarrollo de una operación de préstamo que apoye al Ministerio de Salud en la implementación de dicho Plan en los cuatro departamentos priorizados. Así mismo, apoyar el arranque de las actividades de la operación hasta el logro de la elegibilidad. Se financiarán actividades de asistencia técnica relacionadas con (i) la elaboración del POD (descripción y monitoreo de resultados; estructura de financiamiento y riesgos; diseño del esquema de ejecución y administración del programa; y medidas para el monitoreo de resultados y evaluación del programa); y (ii) el arranque de las actividades de la operación, hasta el logro de la elegibilidad, incluyendo la constitución de la unidad ejecutora del proyecto. Los productos esperados son el POD de la operación y la constitución de una Unidad Ejecutora del Proyecto.

II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORIA

- 2.1 El objetivo general de la presente consultoría es apoyar al BID y el MS en la elaboración del documento de Propuesta para el Desarrollo de la Operación, en particular en aspectos como: (a) análisis institucional con énfasis en la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) y la coordinación interministerial; (c) análisis y gestión de riesgos del Programa; (d) desarrollo de los instrumentos de planificación del Programa (PEP, POA, PA, Matriz de Riesgos, Matriz de Resultados); y (e) propuesta del Reglamento Operativo del Programa (ROP), entre otros.

III. ACTIVIDADES DE LA CONSULTORIA

- 3.1 A continuación, se detallan las actividades comprendidas en la presente consultoría.

1. Análisis institucional

3.2 Las actividades incluyen:

- (a) Llevar a cabo una evaluación institucional del órgano ejecutor del Programa, a través de la utilización de la herramienta de "Evaluación de la Capacidad Institucional" del BID, y fortaleciendo el mismo con un análisis profundo de los procesos administrativos y financieros principales de gestión financiera, adquisiciones, control interno y otros.
- (b) Identificar los arreglos institucionales necesarios de coordinación entre la UCP y las demás instancias del MS. Analizar aquellas áreas de coordinación que requieran de un fortalecimiento como mecanismo de mejora de la capacidad de ejecución técnica, administrativa y financiera.

2. Gestión de riesgos del Programa

3.3 Las actividades incluyen:

- (a) Llevar a cabo la identificación y evaluación de los riesgos del Programa a través de la aplicación de la metodología "Gestión de Riesgos para Proyectos con Garantía Soberana" (GRP) del BID, así como el desarrollo del plan de mitigación de riesgos.
- (b) Coordinar y moderar el taller de gestión de riesgos del Programa con la participación de funcionarios del Equipo de Proyecto del Banco y representantes del Gobierno y otras entidades públicas y privadas directamente relacionadas con la implementación del Programa.
- (c) Preparar las planillas correspondientes incluyendo el registro y de riesgos y factores de probabilidad, la matriz de evaluación de riesgos, y el plan de mitigación de riesgos.

3. Herramientas de planificación del Programa

3.4 Sobre la base de los estándares, metodologías y formatos utilizados por el Banco y, conforme a los lineamientos provistos por el Equipo de Proyecto, las actividades a realizarse incluyen:

- (a) Preparación del Plan de Ejecución del Programa (PEP)--v.gr. el Plan Plurianual de Ejecución--, así como el cronograma de desembolsos.
- (b) Preparación del Plan Operativo Anual (POA) para los primeros 18 meses de ejecución del Programa.
- (c) Preparación del Plan de Adquisiciones (PA) para los primeros 18 meses del Programa.

4. Reglamento de Operaciones del Programa
- 3.5 Comprende la elaboración del ROP, tomando en cuenta aspectos de estructura y mecanismo institucional de ejecución, políticas generales, normas y procedimientos técnicos, fiduciarios, administrativos y de monitoreo y seguimiento, entre otros.
5. Otros
- 3.6 El Consultor apoyará al Equipo de Proyecto en todos los aspectos que sus miembros lo consideren necesario incluyendo, entre otros, la integración de los productos de la consultoría a los documentos del Banco, apoyo en la definición de la Matriz de resultados o su revisión, el desarrollo de material relevante para el documento de Propuesta de Desarrollo de Operación (POD) y sus anexos correspondientes, y la participación en reuniones, discusiones y presentaciones.

IV. CARACTERISTICAS DE LA CONSULTORIA

A. Requerimientos del Consultor

- 4.1 La presente consultoría requiere de la contratación de un especialista institucional y financiero. El experto debe contar con un título profesional a nivel de post grado en Economía, Administración de Empresas, Administración Pública o ramas afines. El consultor debe tener probada experiencia de trabajo relevante no menor a quince años y amplio conocimiento del trabajo de organismos internacionales de desarrollo. El consultor deberá contar con probada experiencia de trabajo previa con el Banco en apoyo al desarrollo de operaciones de préstamo y, preferiblemente en América Latina

B. Sitio de Trabajo y Duración de la Consultoría

- 4.2 La consultoría se llevará a cabo en las oficinas del MS y la Oficina de Representación del BID en Bolivia, así como en el sitio de residencia del consultor.
- 4.3 El consultor llevará a cabo dos viajes de cinco días cada uno a Bolivia para realizar el trabajo de campo, reuniones, recolección de información, desarrollo/participación en talleres, y apoyo directo al Equipo de Proyecto del Banco y al Organismo Ejecutor del Programa. Las visitas de trabajo a Bolivia incluirán la participación en la misión de análisis del Banco.
- 4.4 La consultoría tendrá una duración de 40 días efectivos de trabajo no continuos comprendidos entre XXXXXXXXX y xxxxxxxxx de 2018.

C. Coordinación

- 4.5 El consultor trabajará bajo la coordinación de los Jefes del Equipo de Proyecto del Banco, Luis Buscarón (SPH/CBO). Asimismo, se contará con el apoyo del equipo fiduciarios de la Representación de Bolivia.

V. PRODUCTOS Y CONDICIONES CONTRACTUALES

A. Productos

5.1 El consultor presentará los siguientes productos:

- (a) Informe borrador del análisis institucional y propuesta de operación de la UCP.
- (b) Compendio de productos de planificación inicial que contenga: (i) las matrices del GRP; (ii) el PEP; (iii) el POA; (iv) el PA; y (v) el cronograma de desembolsos.
- (c) El borrador del ROP.
- (d) Informe final del POD que contenga los documentos/productos finales de la consultoría debidamente aprobados por el Equipo de Proyecto.

B. Pagos

5.2 El contrato se llevará a cabo bajo la modalidad de suma alzada. El mismo incluirá las asignaciones para honorarios profesionales y costos de movilización del consultor a La Paz, Bolivia.

5.3 Los desembolsos del Banco al consultor se llevarán a cabo de la siguiente manera:

- (a) 20% del valor del contrato a la aceptación y firma de las partes y presentación del Plan de trabajo.
- (b) 40% del valor del contrato a la presentación y aprobación del documento de análisis institucional contenido en el inciso 5.1 (a y b).
- (c) 40% del valor del contrato a la presentación y aprobación del compendio de productos de planificación contenido en el inciso 5.1 (c y d).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.



Operation Number:BO-T1283

TCM Cycle:TCM Period 2017

Last Update:7/24/2017

Result Matrix

Outcomes

Outcome:	1 1. Information generated by the TC is used to prepare a loan operation to support the implementation of the Bolivian maternal and neonatal mortality Program									
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification		2017	2018	2019	EOP
1.1 Strategy to Strengthen Essential Obstetric and Neonatal Care (EONC) defined		# documents	0.00	2017	Minutes of approval of the Document of Strategy for Strengthening CONE, by the MS.	P	0.00	0.00	1.00	1.00
						P(a)	0.00	0.00	1.00	1.00
						A	0.00			0.00
Outcome:	2 2. Management processes of the Ministry of Health and Departmental Health Services for the implementation of EONC services improved.									
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification		2017	2018	2019	EOP
2.1 Processes of critical EONC services reduced		#processes	0.00	2017	Official report of the consulting firm	P	1.00	2.00	3.00	6.00
						P(a)	1.00	2.00	3.00	5.00
						A	0.00			0.00

RF - Contribution

Outputs: Annual Physical and Financial Progress

1 Evaluation of CONE services						Physical Progress					Financial Progress						
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification		2017	2018	2019	EOP		2017	2018	2019	EOP	Theme	Flags
1.1 Diagnostics and Assessments completed 1.1 and 1.2	Other(CTY)	Document	0	2017	Final consultancy Report	P	0	2	0	2	P		100000	65000	165000	Health	
						P(a)	0	2	0	2	P(a)		100000	65000	165000		
						A					A						
2 Strengthening the management capacities and implementation of methodologies for continuous improvement of quality						Physical Progress					Financial Progress						
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification		2017	2018	2019	EOP		2017	2018	2019	EOP	Theme	Flags
2.1 Diagnosis and Assessments completed	Other(CTY)	Reports	0	2017	Final consultancy Report	P	0	0	1	1	P		10000		10000	Health	
						P(a)	0	0	1	1	P(a)		10000		10000		
						A					A						
2.2 Management information systems (MIS) designed	Other(CTY) NA	Systems (#)	0	2017	Final consultancy Report	P	0	0	1	1	P					Institutional Development	
						P(a)	0	0	1	1	P(a)						


Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.


						A					A						
3 Dissemination of results						Physical Progress					Financial Progress						
Outputs	Fund Indicator	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of Verification		2017	2018	2019	EOP		2017	2018	2019	EOP	Theme	Flags
3.1 Workshops organized	Other(CTY) Workshops, seminars organized for the validation y dissemination of the results	Workshops (#)	0	2017	List of Participants	P	0	3	3	6	P		2000	2000	4000	Social Development	
						P(a)	0	3	3	6	P(a)		2000	2000	4000		
						A					A						

Other Cost

Total Cost

	2017	2018	2019	Total Cost
P		\$112,000.00	\$67,000.00	\$179,000.00
P(a)		\$112,000.00	\$67,000.00	\$179,000.00
A				

 CRF Indicator

 Standard Output Indicator

Please note that the Overall Stage represents the stage of the operation at the time of this report’s publication, which might not necessarily match the stage of the operation during the PMR Cycle to which the report pertains.