

# ESCUDO EPIDEMIOLOGICO BOLIVIANO Y APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

(BO-0115)

## RESUMEN EJECUTIVO

**PRESTATARIO Y  
GARANTE:** República de Bolivia

**ORGANISMO  
EJECUTOR:** Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS)

**MONTO Y FUENTE:**

BID (FOE):	US\$45,0 millones
Prestatario:	US\$ 8,7 millones
Total:	US\$53,7 millones

**PLAZOS Y  
CONDICIONES  
FINANCIERAS:**

Plazo de amortización:	40 años
Período de gracia:	10 años
Período de desembolso:	6 años
Tipo de interés:	1% período de gracia 2% período de amortización
Inspección y vigilancia:	1%
Comisión de crédito:	0,5%

**OBJETIVOS:** Los objetivos del Programa son: (i) contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad de la población boliviana, asociada a los principales factores de riesgo (enfermedades transmisibles); y, (ii) apoyar el proceso de reforma del sector salud que propicie la reducción de la mortalidad infantil y materna, mediante el diseño y la implantación, a nivel piloto, de un modelo de atención primaria basado en salud de la familia como uno de los medios de entrega del seguro básico de salud.

**DESCRIPCION:** Con base en los objetivos planteados, el Programa se divide en dos componentes: (1) El Escudo Epidemiológico Boliviano; y, (2) Apoyo a la Reforma del Sector Salud.

1. Escudo Epidemiológico Boliviano (US\$40,5 millones)
  - a. Proyecto de Control, Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas: (US\$25,2 millones)

El proyecto contempla implementar acciones para interrumpir la transmisión vectorial y prevenir la

enfermedad de Chagas a través del control de las transfusiones de sangre y de la identificación y el tratamiento de los pacientes chagásicos menores de cinco años de edad. El proyecto se ejecutará en dos etapas: la primera estará dirigida a combatir la transmisión vectorial de la enfermedad, cubriendo toda el área endémica mediante la fumigación de aproximadamente 700 mil domicilios. La segunda etapa tendrá como fin el control de la reinfestación de focos residuales y la instalación de un sistema sólido de vigilancia comunitaria y transferencia de responsabilidades a los departamentos, distritos, municipios y la comunidad.

En la primera etapa del proyecto serán financiadas las siguientes actividades: (i) capacitación de recursos humanos al nivel de profesionales, técnicos y líderes comunitarios, e investigaciones y encuestas que permitan mejorar la información disponible acerca de la presencia de los vectores por áreas geográficas; (ii) compra de insecticidas; (iii) compra de equipo de rociado (bombas y repuestos); (iv) compra de insumos y medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en menores de cinco años de edad; (v) adquisición de equipo de transporte (vehículos y motocicletas, repuestos, combustibles y lubricantes); (vi) equipo de campo y de protección; y, (vii) movilización de personal y pago de los equipos que operacionalizarán las actividades de rociado de los domicilios. En la segunda etapa serán financiadas acciones de capacitación, fortalecimiento institucional y desarrollo de la capacidad de organización de los servicios y de las comunidades para la implantación permanente de actividades de vigilancia y eliminación de la reinfestación, para la enfermedad de Chagas.

b. Proyecto de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica:  
(US\$15,3 millones)

Las principales metas del proyecto son fortalecer: (i) el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) y el flujo de informaciones necesarias a la toma de decisiones en salud; (ii) la red nacional de laboratorios para el diagnóstico oportuno e investigación de enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes; y, (iii) la red nacional de bancos de sangre y hemoderivados para eliminar el riesgo de contaminación por enfermedades transmisibles por sangre y garantizar la transfusión de sangre segura y de sus derivados.

Dentro de este proyecto se realizarán las siguientes actividades: (i) capacitación de personal de salud, tanto a nivel del sector público como no gubernamental y comunitario; (ii) integración, al nivel local, del sector salud con otras instituciones públicas y privadas de salud, con miras a aumentar la cobertura; (iii) desarrollo de redes de información y la provisión adecuada de medios de comunicación (internet, teléfono, radio-teléfono, etc.); (iv) implantación de la vigilancia epidemiológica al nivel de la comunidad, a través de las organizaciones territoriales de base, de los comités de vigilancia y de otros grupos organizados de la comunidad; (v) fortalecimiento de la red de laboratorios, al nivel nacional, departamental, distrital y centros de bancos de sangre y de medicina transfusional, con la compra de equipos, instrumentos e insumos necesarios de acuerdo a cada nivel de complejidad, el desarrollo de mecanismos de control interno y externo de la calidad; (vi) capacitación de recursos humanos y del usuario de la sangre y la promoción de la donación altruista; y, (vii) desarrollo de la vigilancia epidemiológica a través de la estrategia de entrega de servicios basada en la salud familiar.

2. Apoyo a la Reforma del Sector Salud: (US\$5,8 millones)

a. Capacitación de Recursos Humanos: (US\$0,3 millón)

Este subcomponente tiene por finalidad desarrollar el recurso humano necesario para la implantación del proceso de reforma. Financiará la realización de cursos de capacitación en alta gerencia en salud para personal del MSPS, de las Prefecturas y de los Distritos de Salud.

b. Estudios para la Estructuración de la Reforma: (US\$3,5 millones)

Los principales temas identificados que requerirán ser desarrollados son: (i) Estrategia para Reconversión y Capacitación de Recursos Humanos en Salud; (ii) Estudio de Revisión de la Legislación Laboral y de la Carrera Sanitaria en Salud; (iii) Análisis institucional y funcional del sector salud, particularmente del MSPS como ente rector del sistema; (iv) Estrategia de Comunicación Social; (v) Financiamiento y Sostenibilidad del Nuevo Sistema; (vi) Reforma del Seguro Social de Salud; y, (vii) Marco Legal de la Reforma en Salud.

c. Implantación de Experiencias Piloto de Reforma: (US\$2,0 millones)

Este subcomponente financiará experiencias piloto de reforma de salud teniendo como base el modelo de atención de salud de familia. De acuerdo con el éxito de las experiencias piloto, se podrá extender el modelo a otras áreas del país, a partir de nuevas fuentes de financiamiento.

**ROL DEL PROYECTO  
EN LA ESTRATEGIA  
DEL BANCO DE PAIS  
Y DE SECTOR:**

La estrategia del Banco en Bolivia tiene como objetivo principal apoyar los esfuerzos del Gobierno de reducción de pobreza, incluyendo el apoyo a acciones para mejorar el acceso a los servicios básicos de educación, salud, saneamiento y vivienda. La estrategia comprende tres líneas de acción: (i) crecimiento económico y creación de oportunidades; (ii) desarrollo del capital humano y acceso a los servicios sociales básicos; y (iii) apoyo a la gobernabilidad y consolidación de las reformas. Esta operación tiene incidencia directa en la segunda línea de acción y también contribuiría, a través del componente de reforma, a la tercera. Las prioridades del Banco en salud se rigen por el aumento del gasto público para reformar el sistema, propiciando un nuevo modelo de atención para mejorar los indicadores de salud, en especial para las madres y niños y reducir la alta incidencia de enfermedades transmisibles.

El Programa que se presenta es compatible con esta estrategia, ya que contribuirá a aumentar el acceso a la salud y, por lo tanto, la calidad de vida de los grupos vulnerables, especialmente mujeres, niños e indígenas, e intensificará los esfuerzos para reducir las enfermedades transmisibles en el país, a través del combate a la enfermedad de chagas y de la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica. Además, el Programa contribuirá a sentar las bases para aumentar la eficiencia en la distribución de los recursos del sector público y a racionalizar la entrega de servicios, a través del apoyo a la reforma del sector salud, con énfasis de servicios de atención primaria, a través del modelo de atención basado en la salud de la familia.

**REVISION DE MEDIO  
AMBIENTE Y  
ASPECTOS SOCIALES:**

Para potenciar el impacto del Programa y maximizar los beneficios sobre los diferentes segmentos de la población, se financiarán actividades de capacitación de personal, educación ambiental, comunicación social y promoción de la salud, teniendo en consideración los aspectos étnicos, culturales y de género de los beneficiarios y los procedimientos para el buen

manejo de la fumigación y aplicación de agentes químicos en base a los lineamientos técnicos de la OPS/OMS (pár. 4.17 y 4.18).

**BENEFICIOS:**

Bolivia se encuentra todavía en la primera etapa de la transición epidemiológica, o sea, aquella donde la carga de enfermedad en el país está concentrada en enfermedades transmisibles de carácter endémico (chagas, malaria, tuberculosis, principalmente) las cuales son prevenibles y controlables. El Programa tendrá efectos directos en la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles. Por otra parte, las acciones del programa en el área de control de sangre y de los hemoderivados posibilitarán prevenir la transmisión de enfermedades tales como el chagas, la hepatitis, VIH/SIDA, y otras vía la transfusión sanguínea, haciendo más segura las acciones de los hospitales y otros establecimientos de salud. El sistema de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios permitirá la toma de decisiones oportuna, una buena base de información para la planificación y evaluación del Programa, y el conocimiento y control oportuno de brotes de enfermedad.

El nuevo modelo sanitario a ser desarrollado: (i) aumenta la cobertura a grupos más vulnerables, especialmente a las poblaciones rurales indígenas, y reduce los riesgos asociados a la mortalidad y morbilidad materno-infantil; y, (ii) reduce la derivación innecesaria de pacientes al segundo y tercer nivel de atención, aumentando la eficiencia y eficacia de los servicios.

**RIESGOS:**

Licitaciones y Compras: El componente del Escudo Epidemiológico involucra una gran cantidad de recursos asignados a compras de insecticidas, medicamentos, equipamientos para fumigación, bancos de Sangre y laboratorio de salud pública. Bolivia ha sido tradicionalmente un país que presenta demoras en los procesos licitatorios. El atraso en las licitaciones y compras de estos insumos y equipos podría comprometer el buen desempeño del Programa. Para mitigar dicho riesgo, se propone que la compra de los insecticidas, insumos críticos y medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas sea realizada y supervisada por la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS) que cuenta con la infraestructura adecuada y la experiencia internacional para llevar a cabo dichos procesos en forma transparente y oportuna, y garantizar la calidad de los productos. Por otra parte, para la compra de los demás insumos y

equipamientos (transporte, bancos de sangre, laboratorio, etc) se propone que sea realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Debilidad institucional para la ejecución del Programa y el desarrollo del proceso de reforma: El MSPS no cuenta con una planta suficiente de recursos humanos calificados para ejecutar el Programa y además desarrollar las bases de la reforma de salud esbozadas en el Plan Estratégico de Salud (PES). Teniendo esto en consideración, el esquema organizativo que se ha establecido para la ejecución del Programa tiene como principio fortalecer la estructura formal del MSPS, creando hacia el interior de las Direcciones Generales del Ministerio involucradas, la capacidad técnica para poder llevar a cabo las actividades que les correspondan en el ámbito de cada una de las diferentes actividades del Programa. Así, con recursos del Programa, se crearán equipos técnicos básicos dentro de las Direcciones, los cuales apoyados en las estructuras hoy existentes, coordinarán y ejecutarán los proyectos respectivos con las correspondientes instancias departamentales y distritales.

Por otra parte se conformará la Unidad Coordinadora de Programa (UCP) que además de velar por el buen desarrollo general del Programa, contará con los recursos humanos necesarios para servir como instancia asesora para la conducción del proceso de reforma. Por otra parte, para los efectos de la ejecución de los proyectos del Escudo Epidemiológico, el MSPS contará también con la asesoría técnica de la OPS/OMS en aspectos logístico-operativos, seguimiento y evaluación, y apoyo a la gestión. Adicionalmente, el MSPS contará con los servicios del PNUD que la apoyará en la administración y fiscalización del Programa.

**CONDICIONES  
CONTRACTUALES  
ESPECIALES:**

Como cláusulas contractuales previas al primer desembolso, se tienen previstas las siguientes: (i) presentación de la evidencia de la suscripción del convenio con la OPS/OMS (párrafo 3.1) y el Ministerio de Defensa (párrafo 3.10); (ii) presentación de la evidencia de la suscripción de los seis contratos de gestión con las Prefecturas Departamentales para iniciar las actividades del Escudo Epidemiológico (párrafo 3.8), y el convenio con el Centro de Abastecimiento de Suministros de Salud (CEASS) para la distribución de los insumos, medicamentos e insecticidas (párrafo 3.6); y, (iii) la contratación del PNUD como agencia especializada que tendrá a

cargo la administración de los recursos del Programa y la adquisición de bienes que no sean comprados a través de la OPS/OMS (párrafo 3.3). Como condiciones especiales para la ejecución del Programa, se tienen previstas las siguientes: (i) la elegibilidad de los municipios a participar en el Programa estará sujeta a la suscripción previa de convenios con el MSPS (párrafos 3.29 y 3.30); (ii) previo a la contratación de los cursos de alta gerencia en salud, el MSPS deberá presentar al Banco para su aprobación final los currículos de los cursos esperados, los criterios de selección de los participantes y la relación final de los profesionales a ser entrenados, y una lista corta de empresas nacionales o internacionales que podrían realizar dicha capacitación (párrafo 3.26); y, (iii) como medio para instituir el mecanismo de seguimiento y revisión del Programa, el contrato indicará las condiciones que aseguren la programación de actividades, el seguimiento y la evaluación adecuadas del Programa como han sido acordadas con el país (párrafos 3.43 a 3.45).

**FOCALIZACION EN LA  
POBREZA Y  
CLASIFICACION DE  
SECTOR SOCIAL:**

Conforme a lo estipulado en el documento de la Octava Reposición de Recursos (AB-1704, pár. 2.15) y siendo que el mejoramiento de atención en salud prestada por el sector público se dirige esencialmente a poblaciones pobres, se determina que el Programa propuesto cumple con las características de un Programa focalizado hacia los sectores de bajos ingresos. De acuerdo con el párrafo 2.13 del mismo documento, el Programa se clasifica dentro de la categoría de equidad social y reducción de pobreza.

**EXCEPCIONES A LA  
POLITICA DEL  
BANCO:**

Ver sección de adquisiciones a continuación.

**ADQUISICIONES:**

Como excepción al procedimiento requerido de selección de consultoría mediante concurso público, se recomienda la contratación directa de la OPS/OMS. Este organismo llevará a cabo la adquisición de insecticidas, insumos y medicamentos para lo cual se propone utilizar el mecanismo de Compras Reembolsables de dicho organismo el cual es compatible con las normas y procedimientos del Banco (ver párrafos 3.32 a 3.34). Por otra parte, para la administración financiera de los recursos del Programa, así como para la realización de las compras de bienes y servicios diferentes a los que realice la OPS/OMS, se recomienda la contratación del PNUD. Dichas contrataciones cumplen con lo establecido en

el capítulo GS-403 del Manual de Adquisiciones (ver párrafos 3.35 a 3.37).

La contratación de consultoría y la adquisición de bienes y servicios relacionados (distintos a los insectidas y medicamentos) y la contratación para la construcción de obras se efectuaría de acuerdo con los procedimientos del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para adquisiciones cuyo valor exceda US\$250 mil para bienes y servicios relacionados. Las licitaciones por debajo de ese límite se harán con base en la legislación local. Considerando los bajos montos previstos, la contratación de obras de construcción (remodelamiento o adecuación de espacios físicos) se hará siguiendo la legislación local (ver párrafo 3.36 y 3.37).



## I. MARCO DE REFERENCIA

### A. El cuadro de salud del país

- 1.1 Bolivia ocupa el quinto lugar entre los países más pobres de la región latinoamericana y del Caribe, con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de US\$939 en 1996. Las tasas de analfabetismo adultas son superiores al 20% y la disponibilidad de servicios de alcantarillado se sitúa en alrededor del 50%. El ajuste económico de los años 90, aunque haya disminuido la inflación, no contribuyó a reducir las tasas de desempleo (9%) ni la informalidad del trabajo, estimada en 60% de la población económicamente activa. La población (8,0 millones en 1998), aunque continua creciendo de forma elevada (2,11% al año), presenta una baja tasa de urbanización (60%) y la esperanza de vida al nacer (59 años) es la segunda más baja en América Latina y el Caribe. La población indígena es la mayoría (más de 60%) y comprende 35 grupos étnicos con una fuerte proporción quechua y aymara. Cerca del 70% de la población se encuentra en la franja de pobreza, medida por el índice de necesidades básicas insatisfechas.
- 1.2 La tasa de mortalidad infantil, estimada para 1996 en 68,1 por 1000, es la segunda mayor en Latinoamérica y el Caribe. La desnutrición crónica alcanza al 28% de los niños menores de 3 años de edad. Las principales causas de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas e intestinales.
- 1.3 La tasa de mortalidad materna, que alcanzó el 390 por 100.000 a lo largo del período 1989-94, es la segunda más alta de la Región. Se registra un bajo grado de atención al embarazo, parto y puerpério, siendo que solamente el 53% de las embarazadas reciben alguna atención prenatal y solo el 27% reciben atención completa con cuatro consultas. Apenas el 43% de los partos son realizados en establecimientos de salud y el 36% son atendidos por personal calificado. Entre las causas de muerte materna, se estima que las complicaciones por aborto alcanzarían entre el 27% y el 35%. La elevada tasa de fecundidad (cinco hijos por mujer, pudiendo llegar a 8,5 en las poblaciones indígenas) demuestra la carencia de programas de salud reproductiva. La violencia intrafamiliar es otro grave problema que afecta la salud de las mujeres, registrándose que en los años 1992 y 1993, las cuatro mayores ciudades bolivianas registraron cerca de 22 mil denuncias de violencia contra las mujeres.
- 1.4 Las enfermedades transmisibles por vectores asumen gran importancia en el cuadro de morbilidad y mortalidad del país, ya que afectan al 75% del territorio nacional. La enfermedad de Chagas responde por 13% de las muertes de personas entre 15 y 75 años, lo que representa la mayor tasa de incidencia en la Región. Las áreas de transmisión afectan al 60% del territorio nacional. Las pérdidas económicas anuales por la enfermedad de Chagas alcanzan aproximadamente a US\$189 millones, (2,6% de PIB), en términos de baja de la producción, considerada la tasa de desempleo vigente y le producto promedio por persona únicamente activa. Por otra parte, en 1996 fueron reportados 64 mil casos de malaria en ocho de los nueve Departamentos del país, lo que significa una prevalencia de 19,4 por mil habitantes y los índices de incidencia en base a los casos notificados aumentaron 3 veces entre 1991 y 1996. Las pérdidas económicas asociadas a la malaria llegarían a US\$18,8 millones anuales. La tuberculosis es la principal enfermedad crónica transmisible registrada en Bolivia. Aunque su incidencia se encuentre en descenso desde los años 90, ésta

alcanzaba 129 casos por 100 mil habitantes en 1995, la segunda más alta en la Región.

- 1.5 Un análisis rápido de las condiciones de salud en Bolivia demuestra que: (i) el perfil epidemiológico del país se caracteriza por la alta incidencia de enfermedades transmisibles y por las altas tasas de morbilidad y mortalidad de madres y niños entre cero y cinco años de edad; (ii) las poblaciones de más bajo ingreso y los indígenas son las que presentan las peores condiciones de salud relacionadas con sus malas condiciones de vida, la ausencia de un buen sistema de entrega de servicios, y la existencia de barreras logísticas, económicas y culturales para el uso regular de los servicios por dichas comunidades; (iii) tres enfermedades transmisibles: chagas, malaria y tuberculosis, representan el 40% de la carga de enfermedad del país debiendo ser prioridad su prevención, control y tratamiento; y (iv) la gravedad del cuadro epidemiológico boliviano, en lo que se refiere a las enfermedades transmisibles, es una amenaza para los países limítrofes que ya han emprendido mayores esfuerzos en el combate a dichas endemias.

#### B. El sistema de salud de Bolivia

- 1.6 El sistema de salud boliviano se compone de tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. El subsector público comprende: (i) el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS); (ii) los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES); (iii) 93 Distritos de salud; y, (iv) los servicios municipales de salud, que funcionan bajo supervisión de los Distritos de Salud. El subsector de la Seguridad Social está integrado por: (i) la Dirección General de Seguros de Salud del Viceministerio de Previsión Social del MSPS; (ii) 17 Cajas y dos seguros de salud, vinculados a sectores de actividad económica; y, (iii) el Instituto Nacional de Seguro Salud (INASES). El subsector privado está compuesto por: (i) los seguros privados de salud; (ii) instituciones privadas con fines de lucro; (iii) instituciones privadas sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales (ONG); (iv) los servicios de salud de la Iglesia; y, (v) los proveedores de la medicina tradicional. Se estima que por lo menos 30% de la población no tiene acceso a ninguno de estos subsectores, con excepción de la medicina tradicional. Por otro lado, existe una gran proporción de la población con doble cobertura entre los subsectores públicos y de la seguridad social, por lo que se torna difícil conocer la tasa real de cobertura por subsector.
- 1.7 El gasto en salud en Bolivia alcanzó US\$367,0 millones en 1996 (US\$49 per cápita y 5,2% del PIB) y su distribución puede ser observada en el cuadro I.1. El gasto público incluye el presupuesto de la nación (impuestos generales), de los municipios (fuentes fiscales propias) y de donaciones oriundas de cooperaciones técnicas internacionales. Los gastos de la seguridad social en salud corresponden a las contribuciones de las empresas y jubilados. Los gastos del sector privado incluyen: (i) los aportes de la iglesia y ONG's; y, (ii) el gasto de las familias, con la compra de planes de salud, medicamentos, servicios de salud, medicina tradicional, aranceles y copagos para los servicios del sector público, de la Iglesia y de las ONGs.

1. El subsector público

Cuadro I.1  
Gastos en Salud en Bolivia -1996-

1.8 El subsector público se define como de acceso universal y se organiza bajo una red en proceso de descentralización, financiada con fondos públicos fiscales de la nación (impuestos generales), de los municipios (fuentes fiscales propias), préstamos y cooperaciones técnicas internacionales, complementados por aportes de los individuos y de la comunidad. Los Departamentos aportan el 2,7% de las transferencias de recursos de la Nación a los Municipios, de acuerdo con la Ley de Participación Popular.

SUBSECTOR	GASTO EN SALUD (US\$millones)	% del PIB
1. PUBLICO	135	1,99
Nación	99	1,39
Municipios	8	0,11
Internacional	28	0,49
2. SEGURIDAD SOCIAL	107	1,50
3. PRIVADO	125	1,75
Iglesia/ONG's	20	0,28
Hogares	105	1,47
TOTAL	367	5,24

NOTA: El gasto total per cápita en salud es de US\$49,58

1.9 Las funciones de regulación, vigilancia epidemiológica, gestión y supervisión de los programas, políticas y planes de salud y fiscalización del sistema son atribuciones del MSPS. Los SEDES, dependientes de las Prefecturas, son responsables por financiar e implementar los programas, políticas y planes de salud, así como conducir el sistema Departamental de Salud. A nivel local, la gestión y ejecución de los servicios de salud es de responsabilidad de los Distritos de Salud, dependientes de los SEDES. Los municipios, a su vez, son responsables por mantener el equipamiento y la infraestructura de los servicios de salud.

2. El subsector de la seguridad social

1.10 Las cajas de salud aseguran cobertura al mercado de trabajo formal (1,8 millones de personas o 23% de la población) y son financiadas por aportes integrales de los empleadores, que equivalen al 10% de la nómina de las empresas; 5% de las pensiones de los jubilados y a una prima fija para los trabajadores independientes. Contrario a la mayoría de las instituciones de seguro social en América Latina, no hay ninguna contribución de los trabajadores asalariados al sistema. Las Cajas mantienen 217 establecimientos de salud (3.436 camas) y proveen una atención básicamente hospitalaria. Cada caja tiene una administración independiente, aunque la regulación y supervisión del sistema este formalmente vinculada a la Dirección General de Seguros de Salud del MSPS y al INASES que debería tener una función normatizadora. Las mayores cajas son la Caja Nacional de Salud y la Caja Petrolera de Salud, con 86% y 5% de la cobertura, respectivamente.

3. El subsector privado de salud

1.11 Los seguros privados de salud son residuales ya que atienden con 11 instituciones una población de solamente 35 mil asegurados. La modalidad básica es la medicina prepaga (instituciones privadas

prestadoras o contratadoras de servicios de salud, que funcionan bajo contratos con el público o empresas, en un sistema de prepago). Su popularidad viene creciendo, creándose en 1993 la Asociación Boliviana de Seguro Médico Prepago (ABOSMEP).

- 1.12 En 1994 actuaban 141 ONG's en el sector salud registrando distinta presencia, según la región o zona y según el nivel de pobreza del municipio. Un gran porcentaje está involucrada en actividades de promoción de la salud (salud reproductiva, educación en salud). La mayoría cuenta con financiamiento internacional (USAID, Naciones Unidas, Fondos Bilaterales) y pocas cuentan con recursos nacionales que garanticen su autosostenibilidad. Se estima que alrededor de un 10% de la población se ve beneficiada por actividades asistenciales de estos proveedores. En los aspectos de promoción de salud la cobertura puede llegar al 30%.
- 1.13 La Iglesia provee importantes servicios a la comunidad, sobre todo en las áreas de extrema pobreza o urbano-marginales. Cuenta con un financiamiento solidario, basado en fondos propios, subsidios cruzados y aportes de los usuarios.

C. Servicios de vigilancia epidemiológica y sistema de informaciones

- 1.14 Los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles son manejados, a nivel central, por la Dirección General de Epidemiología del MSPS. Las Prefecturas Departamentales y los Distritos Sanitarios no cuentan con estructuras intermedias adecuadas para la normatización, registro y seguimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica. Los servicios públicos, privados y muchas de las ONGs no cuentan con una cultura de promoción y prevención de salud y no reportan adecuadamente la información epidemiológica. La insuficiente estructura de las redes locales, la falta crónica de recursos para el mantenimiento de los programas y la ausencia de recursos físicos y humanos hacen con que las actividades de vigilancia sean uno de los grandes cuellos de botella para solucionar de forma autosostenible la alta incidencia de enfermedades transmisibles en el país.

D. Principales problemas del sistema

- 1.15 Subsector Público: los principales problemas del subsector público se relacionan con la cobertura, financiamiento, calidad y eficiencia, pudiendo ser resumidos en los siguientes puntos: (i) las políticas de combate a las grandes endemias son incompletas y no hay un sistema de vigilancia epidemiológica implantado en el país, especialmente a nivel local, observándose que los recursos financieros destinados a dichas políticas son insuficientes y sufren constantes interrupciones, las cuales llevan al aumento de la incidencia de las mismas; (ii) la cobertura de los servicios es insuficiente para los grupos de ingreso mas bajo; (iii) los gastos del nivel central y municipal son insuficientes (US\$14,4 per cápita) y se concentran en los hospitales, registrándose que solamente el 7% se destinan a la atención primaria de salud, lo que demuestra la falta de prioridad a las estrategias públicas de prevención y promoción de salud; (iv) la descentralización no ha generado un modelo de atención adecuado, actualmente con líneas de responsabilidad pocas claras, ni aportado los recursos gerenciales, físicos, humanos y financieros necesarios para aumentar la oferta de atención primaria al nivel local; (v) el sistema público de salud se caracteriza por una multiplicidad de proveedores de servicios que actúan de forma desconecta, sin ninguna

regulación que permita aumentar la racionalidad del sistema y mejorar la eficiencia, cobertura y calidad; y (vi) la ausencia de coordinación de los recursos externos recibidos como donación o préstamo de las distintas agencias internacionales, lleva a una superposición de actividades y programas.

- 1.16 Seguridad Social: los principales problemas que enfrenta la seguridad social están relacionados con la baja cobertura y una mala gestión, pudiendo ser resumidos de la siguiente forma: (i) la cobertura de los servicios es básicamente hospitalaria. Del 23% de la población cubierta, solamente la población urbana (12%) accede a los servicios; (ii) la ausencia de atención primaria lleva a los asegurados a utilizar los servicios públicos sin que haya una recuperación de costos, estableciéndose un subsidio indirecto del presupuesto público a la seguridad social; (iii) los hospitales de la seguridad social, con algunas excepciones, registran mala calidad y gran capacidad ociosa; (iv) el sistema es superavitario, pero dicho superávit se basa en la suboferta de servicios a los asegurados, especialmente en la atención primaria; y, (v) inexistencia de mecanismos que estimulen la competencia entre las Cajas y seguros y, por ende, que fomenten la calidad de la atención, ya que no hay libertad de elección por parte de los asegurados.
- 1.17 Subsector Privado: Los principales problemas del sector privado son la multiplicidad de prestadores que actúan sin coordinación e integración con los servicios ofrecidos por el sector público, y la ausencia de una política de regulación para el sector de seguros privados de salud.

E. El programa de reformas de salud del gobierno

- 1.18 Aunque el gobierno pasado (1993-1997) intentó introducir reformas para garantizar una cobertura básica a los grupos más vulnerables proponiendo la creación de los seguros nacionales de maternidad y niñez y de vejez, estas reformas no se concretaron. El Plan Estratégico de Salud (PES) es la propuesta de reforma sectorial del nuevo gobierno que empezó en 1997. El PES busca resolver en forma progresiva los principales problemas que enfrenta el sector, principalmente aquellos relacionados con la cobertura y la calidad de la atención. Sus principales estrategias de intervención ya están definidas, destacándose: (i) el establecimiento del escudo epidemiológico boliviano para la erradicación y control de las principales enfermedades transmisibles y la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica; (ii) la creación de un paquete básico de servicios, denominado Seguro Básico de Salud (SBS) con prestaciones volcadas a la población materno-infantil y a acciones de prevención y promoción de salud, particularmente para las enfermedades transmisibles; (iii) el establecimiento de un programa de salud de familia como modelo de organización y puerta de entrada única a toda la red de prestadores del país, financiado a partir de recursos públicos, de la seguridad social y por gastos personales; y, (iv) la reforma de los servicios de salud de la seguridad social para integrarlos con otros efectores públicos y aumentar su cobertura y eficiencia.
- 1.19 El Gobierno entiende que el Programa de Reformas es integral y su ejecución deberá ser conducida centralmente por el MSPS. Para conducir este proceso, el MSPS ha constituido un equipo de coordinación de la Reforma de Salud para coordinar las acciones intra

e interinstitucionales, así como para compatibilizar los apoyos de las agencias de financiamiento bilaterales y multilaterales.

F. Limitaciones del programa de reformas

- 1.20 Las principales limitaciones del PES son: (i) la falta de recursos de inversión necesarios para cambiar los sistemas de gestión y proveer los recursos humanos adecuados para implantar la vigilancia epidemiológica, el seguro básico y el modelo de salud de familia, y (ii) la ausencia de una estrategia que garantice la sostenibilidad financiera del Programa, ya que los costos recurrentes producto de las acciones involucradas solo podrían ser cubiertos bajo un nuevo sistema de financiamiento. El Programa propuesto busca resolver dichas limitaciones mediante la realización de un estudio de alternativas de financiamiento del sector y la provisión de recursos para financiar parcialmente el escudo epidemiológico y la formulación y puesta en marcha del modelo de salud de la familia con la implantación de experiencias piloto.

G. Estrategia del Banco

- 1.21 La estrategia del Banco en Bolivia tiene como objetivo principal apoyar los esfuerzos del Gobierno de reducción de pobreza, incluyendo el apoyo a acciones para mejorar el acceso a los servicios básicos de educación, salud, saneamiento y vivienda. La estrategia comprende tres líneas de acción: (i) crecimiento económico y creación de oportunidades; (ii) desarrollo del capital humano y acceso a los servicios sociales básicos; y (iii) apoyo a la gobernabilidad y consolidación de las reformas. Esta operación tiene incidencia directa en la segunda línea de acción y también contribuiría, a través del componente de reforma, a la tercera. Las prioridades del Banco en salud se rigen por el aumento del gasto público para reformar el sistema, propiciando un nuevo modelo de atención para mejorar los indicadores de salud, en especial para las madres y niños y reducir la alta incidencia de enfermedades transmisibles, especialmente chagas, malaria y tuberculosis.
- 1.22 El Programa que se presenta es compatible con esta estrategia, ya que proveerá los medios para intensificar los esfuerzos para reducir el impacto de las enfermedades transmisibles de carácter endémico. Por otra parte, el Programa contribuirá a construir bases sólidas para que el MSPS esté en condiciones de: (i) establecer una estructura organizativa e institucional para el MSPS, las Prefecturas, los Distritos de Salud y Municipios que sea compatible con el grado de descentralización a ser alcanzado con las reformas pretendidas; (ii) ampliar la cobertura de los servicios de salud, especialmente a los grupos más vulnerables (mujeres, niños e indígenas); (iii) aumentar la eficiencia en la distribución de los recursos del sector público; y, (iv) racionalizar la entrega de servicios, a través del apoyo al proceso de reforma del sector salud, con énfasis en la entrega adecuada de servicios de atención primaria, a través del modelo de salud de la familia.
- 1.23 En lo que se refiere al Escudo Epidemiológico, el proyecto preparado por el MSPS tiene previstas acciones para combatir las tres grandes endemias (chagas, malaria y tuberculosis) y modernizar el sistema de vigilancia epidemiológica mediante el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), la red nacional de laboratorios, y la red de bancos de sangre y hemoderivados. El costo total del Escudo Epidemiológico asciende a aproximadamente US\$66,8

millones. Considerando el costo del proyecto y el monto de recursos disponibles del eventual préstamo del Banco, se ha convenido con el MSPS que el Banco financie los proyectos de chagas y de fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica cuyos costos ascienden a aproximadamente US\$40,5 millones.

- 1.24 Independientemente de lo anterior, el Banco acompañó y supervisó la elaboración de los proyectos específicos de combate vectorial y tratamiento de la malaria (US\$17 millones) y el plan de lucha contra la tuberculosis (US\$11 millones) por lo que éstos podrían eventualmente ser financiados por el Banco una vez se tuvieran nuevas disponibilidades de recursos FOE para Bolivia, en caso de que así lo solicitara el gobierno boliviano. De ser éste el caso, la Administración del Banco procedería a reformular el Programa introduciendo los dos nuevos proyectos dentro del componente del Escudo Epidemiológico. De todas formas, considerando la premura que tiene el MSPS de lanzar las acciones de control y prevención de las enfermedades de malaria y tuberculosis, el Ministerio tiene previsto presentar estos proyectos ante la Comunidad Europea y la cooperación española, respectivamente.
- 1.25 El Programa que se propone es complementario al que actualmente está preparando el Banco Mundial, por lo que a lo largo de su preparación se mantuvo la debida coordinación. Dicha coordinación involucra acciones comunes destinadas a preparar los estudios y definir la programación e implementación de las experiencias piloto de reforma. En el futuro, las acciones conjuntas del BID y del Banco Mundial concentrarán esfuerzos en: (i) incrementar el acceso de los grupos más vulnerables de la población, particularmente de mujeres indígenas y de niños, a un paquete integrado de intervenciones de salud (seguro básico de salud); (ii) reducir las barreras económica y cultural para la utilización de los servicios de salud; y, (iii) fortalecer la capacidad del MSPS para ejecutar funciones de acompañamiento de la reforma, supervisión, seguimiento y evaluación. La principal complementariedad de este Programa con las actividades a ser desarrolladas por el Banco Mundial está en el diseño y puesta en marcha de la estrategia de entrega de servicios del seguro básico de salud, la cual se basará en modelos de salud de la familia.
- 1.26 El Programa del Banco Mundial constará de dos componentes: (i) fortalecimiento de las redes locales y comunitarias para la implementación de actividades de atención materno infantil y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); y (ii) fortalecimiento de la respuesta del Estado a las necesidades de salud, mediante la implantación del Seguro Básico de Salud (SBS) y el apoyo al desarrollo de sistemas de información para la gestión, supervisión y evaluación. La aprobación de este préstamo del Banco Mundial está prevista para mediados de 1999 por un monto aproximado de US\$20 millones como parte de la facilidad de "Adaptable Program Loan" cuyo monto total asciende a US\$100 millones para los próximos 10 años.

#### H. Experiencia del Banco en el sector salud

- 1.27 La última operación del Banco en el sector salud de Bolivia - el Programa de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional (PSF) (858/SF-BO y ATN/SF-3712-BO), fue aprobada en mayo de 1991. El Programa, basado en acciones focales en distritos urbanos y rurales de todos los Departamentos, con excepción de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, tiene los siguientes objetivos básicos: (i) el fortalecimiento de programas de salud, a través de actividades

- de capacitación y ejecución de acciones preventivas para el grupo materno-infantil; (ii) el mejoramiento de la capacidad operativa de los establecimientos de salud (capacitación, organización de sistemas de información, suministros de insumos, transporte y comunicaciones) y (iii) la ampliación de la cobertura mediante la extensión de la oferta, a través de la construcción y rehabilitación y equipamiento de centros, puestos de salud y hospitales.
- 1.28 En términos de sus objetivos y metas originales, el programa actualmente registra un 70% de los recursos del préstamo desembolsados y un 87% de los de la cooperación técnica, y aproximadamente un nivel de ejecución física-operativa del 80%. Los resultados de la evaluación intermedia realizada por Management Sciences for Health en 1997 mostraron que la estructura institucional de tener Unidades Ejecutoras regionales ha funcionado bastante bien. La evaluación: (i) observó que el proyecto puso atención en poblaciones rurales y/o semi-urbanas en departamentos tradicionalmente no atendidos, mejorando así la equidad de las inversiones del sector; (ii) señaló áreas donde el programa en su último año y medio de ejecución necesita poner mayor énfasis (como comunicación social), y la necesidad de sistematizar y consolidar más las inversiones realizadas en los componentes de fortalecimiento institucional y programas de salud; (iii) indicó que la capacitación de personal departamental y distrital en salud pública y gerencia posibilitó la formación de nuevos equipos que pueden manejar el sistema local de salud de una manera eficiente. Actualmente, la Representación del Banco en Bolivia conjuntamente con el MSPS se encuentran en un proceso de reprogramación del saldo de recursos, para asegurar el cumplimiento de los objetivos y una transición hacia la reforma, contemplando, entre otros, la expansión de la experiencia del fondo rotatorio de medicamentos, apoyo a acciones del Escudo Epidemiológico durante el año de 1999, capacitación de recursos humanos en epidemiología y el fortalecimiento de sus centros de nutrición para mejorar su impacto, sostenibilidad y vínculo con otras acciones del Gobierno en el área de desarrollo infantil.
- 1.29 No obstante su éxito relativo en términos técnicos, la operación registró desde el inicio de la ejecución una crisis seria en su gerenciamiento y administración, la cual solo recientemente está en fase de superación. Estos problemas afectaron de manera importante la ejecución normal del proyecto, por lo cual el Banco ha tenido que otorgar sucesivas prórrogas al plazo de último desembolso, siendo la fecha vigente ahora el 12 de mayo del año 2000.
- 1.30 La principal lección aprendida de este proyecto en el sector salud está relacionada con la necesidad de encontrar medios que aseguren la eficiencia y la transparencia en la administración de los recursos del Banco. En respuesta a esta lección, se ha acordado con el MSPS la contratación de agencias especializadas o firmas consultoras para la administración de los recursos del eventual préstamo del Banco. Otras lecciones aprendidas del PSF han sido que: (i) en un entorno muy débil e inestable hay más impacto de las actividades de fortalecimiento del sistema y capacitación de los recursos humanos a nivel local, debido a menor tasa de rotación de este personal; (ii) el Fondo Rotatorio de Medicamentos ha sido un gran éxito, principalmente porque dio poder de decisión y gerencia de recursos a nivel local; (iii) hubo poco impacto de los Centros de Nutrición y las actividades de Mujer en la Salud por estar aislados de las otras acciones de la operación; (iv) la estructura institucional adoptada, en respuesta a la gran debilidad del Ministerio, de tener una unidad



coordinadora fuera del Ministerio para cada uno de los tres proyectos grandes en el sector (financiados por el BID, Banco Mundial y USAID) creó tres estructuras paralelas al Ministerio de Salud, debilitándolo aún más y creando ineficiencia y sobreposición en las inversiones, particularmente en temas de fortalecimiento institucional; y, (v) la administración de proyectos sociales en sectores débiles crea la necesidad de un acompañamiento técnico y operativo muy cercano por parte del Banco si se quiere lograr los objetivos de la operación.

- 1.31 Por otra parte, el Banco conociendo que la falta de asignación oportuna de los recursos para los proyectos es una limitante generalizada en la cartera de préstamos, ha promovido el fortalecimiento de la relación entre el Ministerio de Hacienda (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)) y la Dirección de Planificación del MSPS. La negociación de los compromisos que aseguran la asignación oportuna de la contrapartida local para la ejecución de la operación propuesta, esta contemplada dentro de los acuerdos alcanzados en el marco del Programa de Ajuste Fiscal y Protección del Gasto Social (1019/SF-BO) recientemente aprobado por el Directorio.

## II. EL PROGRAMA

### A. Objetivo y propósitos

- 2.1 Los objetivos del Programa son: (i) contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad de la población boliviana, asociada a las principales enfermedades transmisibles; y, (ii) apoyar la reforma del sector salud que promueva la reducción de la mortalidad infantil y materna, mediante el diseño y la implantación, a nivel piloto, de un modelo de atención primaria basado en salud de la familia como uno de los medios de entrega de un paquete básico de servicios de salud (SBS).
- 2.2 En base a estos objetivos generales, el Programa tiene los siguientes objetivos específicos:
  - (a) reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas, mediante programas de fumigación masiva de domicilios y el establecimiento de medios de control de la calidad de la sangre;
  - (b) apoyar la implantación gradual de un sistema de vigilancia epidemiológica en el país que permita reducir la incidencia de otras enfermedades transmisibles mediante la integración de los programas verticales de combate a endemias con las actividades de rutina (horizontales) de los establecimientos de salud, el fortalecimiento de la gerencia de programas en el proceso de descentralización, y el establecimiento de una cultura de vigilancia y prevención de salud entre el personal de atención primaria de salud y las comunidades locales, a través de un esfuerzo concentrado de capacitación. Este sistema se apoyará fuertemente en el establecimiento de una red de laboratorios y sistemas de control de calidad que permitan aumentar la eficiencia de los procesos de investigación y análisis epidemiológico, identificando los brotes oportunamente para una adecuada toma de decisiones;
  - (c) fortalecer el Sistema Nacional de Informaciones de Salud (SNIS) con miras a establecer: (i) bases descentralizadas al nivel de los Servicios Departamentales y Distritos de Salud para su operación e integración con las actividades de vigilancia epidemiológica; y, (ii) mecanismos para el uso sistemático de la información generada para el proceso de planificación y evaluación local y central de salud;
  - (d) apoyar el diseño e implantación de la reforma de salud boliviana, de forma progresiva, mediante el establecimiento y prueba de modelos alternativos de entrega del seguro básico de salud, que respondan a cada realidad regional y social (áreas urbanas, periurbanas y rurales);
  - (e) fortalecer institucionalmente los niveles central, departamental y distrital de salud para las actividades a ser asumidas con el proceso de reforma, con miras a establecer un sistema efectivamente descentralizado de salud que posibilite aumentar el rol del MSPS en las actividades de reglamentación, control, financiamiento y reducción de la inequidad de acceso a los servicios; y

- (f) apoyar la realización de estudios que permitan establecer un nuevo marco legal, institucional y financiero para el sector salud, especialmente en lo que se refiere a: (i) autonomía y multiplicidad de formas de gestión y entrega de servicios; (ii) modelo de financiamiento de la salud; (iii) focalización y recuperación de costos de los usuarios con capacidad de pago; (iv) reorganización e integración del modelo de salud de la seguridad social al sistema boliviano de salud; (v) nuevas modalidades de relación laboral para los empleados públicos en salud, que posibiliten la implantación de nuevas estrategias de remuneración tales como la capitación y los incentivos a la productividad, en contraposición al pago por sueldo fijo. El cuadro II.1 resume las principales metas del programa. El Anexo II-1 presenta el Marco Lógico del Programa.

Cuadro II.1

OBJETIVO	METAS
1. Reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas	<p>1.1 Eliminar la transmisión vectorial de Chagas para el 2005.</p> <p>1.2 Reducir los infectados menores de 1 año en 25% (2000); 50% (2001); 75% (2002) y 100% (2003).</p> <p>1.3 Eliminar la enfermedad de Chagas entre los menores de cinco años para el año 2004.</p>
2. Controlar la calidad de la sangre	<p>2.1 Eliminar la transmisión de enfermedades como Chagas, Hepatitis, Sífilis, VIH/SIDA y malaria por la vía de transfusión sanguínea en 25% (2000); 50% (2001); 75% (2002) y 100% (2003).</p>
3. Implantar de forma gradual, un sistema de vigilancia epidemiológica en el país.	<p>3.1 Identificar, registrar y notificar por lo menos el 75% de la incidencia de enfermedades transmisibles en 2002 y en 100% en 2004.</p> <p>3.2 Establecer para el año 2004 una red nacional de laboratorios para vigilancia epidemiológica.</p>
4. Apoyo a la reforma del sistema de salud	<p>4.1 Establecer, para el 2001, los marcos jurídicos del nuevo sistema de salud boliviano y su base de financiamiento.</p> <p>4.2 Generar para el 2001, un grupo de gerentes a nivel central y local capacitado para implementar la reforma.</p> <p>4.3 Implementación para el 2002, de experiencias piloto del reforma de salud, en coordinación con el Banco Mundial.</p>

B. Estrategia a ser adoptada

- 2.3 El Programa procura integrar necesidades impostergables de combate a enfermedades transmisibles con estrategias de largo plazo que irán progresivamente a conformar el proceso de reforma. En este sentido, buena parte del esfuerzo financiero del Programa consistirá en apoyar al Escudo Epidemiológico Boliviano, mediante el desarrollo de acciones concentradas para el combate a la enfermedad de Chagas y la creación de un sistema descentralizado de vigilancia epidemiológica integrado con la red local de servicios de salud. Con este fin, se capacitarán los recursos humanos y se desarrollarán actividades tendientes a promover comportamientos adecuados para la implantación de una cultura de vigilancia epidemiológica que permita la sostenibilidad y el mantenimiento de bajos niveles de incidencia de enfermedades transmisibles a largo plazo, con la participación efectiva de la comunidad, las Prefecturas y Municipios.

- 2.4 El apoyo a las actividades de reforma se conformará en tres instancias básicas: (i) el fortalecimiento institucional de los niveles central, departamental y distrital de salud para las tareas de formulación y monitoreo de la reforma; (ii) el financiamiento de estudios que permitan establecer nuevos mecanismos de funcionamiento del sistema y su inclusión en un nuevo marco legal del sistema de salud; y, (iii) el desarrollo "pari passu" de proyectos pilotos que permitan probar la validez de los estudios y los nuevos instrumentos desarrollados.
- 2.5 Los resultados esperados del componente del Escudo Epidemiológico consisten en: (i) la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de Chagas en un plazo de cinco años; (ii) el fortalecimiento de la red de hemocentros y centros de transfusión de la sangre, eliminando la transmisión sanguínea de enfermedades; (iii) el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública, con miras a permitir la detección precoz de enfermedades transmisibles al nivel de la red de atención primaria de salud; y, (iv) el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.
- 2.6 Los resultados esperados en lo que se refiere al componente de apoyo a la reforma son: (i) establecer los marcos jurídicos del nuevo sistema de salud en Bolivia y su sistema de financiamiento; (ii) generar un grupo de gerentes al nivel central y local capacitado para implementar las tareas involucradas con el establecimiento de los programas de reforma, en especial la implemtación del seguro básico de salud y del sistema de salud de familia; y, (iii) lograr la implementación de experiencias piloto de reforma que posibiliten definir y probar los modelos a fin de que éstos puedan posteriormente ser replicados en el país.
- 2.7 Las acciones del escudo epidemiológico antecederán a la implementación del programa de reformas, ya que es necesario bajar los niveles de infección por enfermedades transmisibles mientras se fortalece la capacidad local de vigilancia epidemiológica y la apropiación de los programas por las Prefecturas y Municipios. Así, el programa del escudo epidemiológico posibilitará acelerar el proceso de transición epidemiológica en Bolivia, al mismo tiempo que se estarán preparando con el Programa las bases de una reforma de salud descentralizada. La dificultad de empezar la reforma sin reducir la brecha epidemiológica se refleja en la incapacidad de los sistemas locales de resolver la reducción de la incidencia de enfermedades transmisibles sin una coordinación central del combate vectorial, basada en programas verticales. Una vez reducidas las tasas de incidencia de las enfermedades transmisibles y simultáneamente fortalecido el proceso de descentralización de salud, será posible la transición de programas verticales para programas horizontales de combate a enfermedades transmisibles, manejados por los Distritos de Salud.
- 2.8 La integración del Programa con los objetivos de la Reforma del Sector Salud será hecha por el MSPS, el cual procurará integrar los componentes del Programa con los financiados por otros donantes y por el Banco Mundial, buscando evitar duplicación de esfuerzos y actividades.

C. Componentes del Programa

1. Escudo Epidemiológico Boliviano (US\$40,5 millones)

a. Proyecto de Control, Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas: (US\$25,2 millones)

- 2.9 El propósito del proyecto es implementar acciones para interrumpir la transmisión vectorial y prevenir la enfermedad de Chagas a través del control vectorial, del control de las transfusiones de la sangre y la identificación y el tratamiento de los pacientes chagásicos menores de cinco años de edad. Las acciones a ser ejecutadas serán continuas, desarrolladas en áreas geográficas contiguas y aplicadas de forma integrada con los servicios existentes en los servicios Departamentales y Distritales de Salud. El foco principal de las acciones se concentrará en las áreas endémicas de los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija, Potosí y La Paz.
- 2.10 El proyecto tendrá una duración de seis años e incorporará la participación activa y coordinada de otros sectores e instituciones como el Ministerio de Defensa, ONGs y las organizaciones comunitarias. La estrategia de combate a la enfermedad de Chagas involucra dos etapas distintas bajo una conducción centralizada y ejecución desconcentrada. La primera etapa es de Intervención, que irá a combatir la transmisión de la enfermedad cubriendo toda el área endémica en un período de cuatro años, mediante la fumigación de aproximadamente 700 mil domicilios. Esta fase requerirá el uso de recursos humanos de otras instituciones (Ministerio de Defensa, magisterio, líderes comunitarios, etc.). La segunda etapa es de Consolidación, Vigilancia y Transferencia y se refiere al control de la reinfestación y focos residuales y a la instalación de un sistema sólido de vigilancia comunitaria y transferencia de responsabilidades a las Prefecturas, Distritos y Municipios. En esta fase se pretende volver a fumigar entre el 10 y el 20% de los domicilios, garantizando de esta forma, la reducción del riesgo de reinfestación de los domicilios y la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad.
- 2.11 La primera etapa tendrá una fase preparatoria y una de ataque. En la fase preparatoria serán financiadas acciones de educación, información y comunicación para sensibilizar la población de las comunidades que abarca el proyecto, capacitación de recursos humanos al nivel de profesionales, técnicos y líderes comunitarios, investigaciones y encuestas que permitan mejorar la información disponible acerca de la presencia de los vectores, la caracterización de las viviendas por áreas geográficas y la adquisición de motorizados. En la fase de ataque serán financiadas acciones para la compra de insecticidas y bombas, medicamentos para el tratamiento de la enfermedad en menores de cinco años, combustibles, lubricantes, actividades de mantenimiento de vehículos para la movilización de personal de campo, y pago de viáticos para los equipos de control de vectores que llevarán a cabo las actividades de rociado de los domicilios.
- 2.12 En la segunda etapa se promoverá la vigilancia y monitoreo y evaluación del programa y serán financiadas acciones de capacitación, fortalecimiento institucional y desarrollo de la capacidad de organización de los servicios y de las comunidades para la implantación permanente de dichos procesos. Durante esta etapa, se

financiarán también actividades destinadas a evitar la reinfestación de los domicilios.

- 2.13 De los costos totales del Programa (US\$25,2 millones), el Banco financiaría US\$21,5 millones (86%), siendo complementados por recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) (14%). La mayor parte de los gastos (64%) corresponderían a la compra de insecticidas, equipo de fumigación y transporte.
- 2.14 El programa espera lograr en cuatro años la completa eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas. Se pretende, al año 1, reducir en 25% el número de infectados con menos de un año de edad; 50% en el año 2, 75% en el año 3 y 100% en el año 4. El Programa favorecerá la aplicación anual de pruebas serológicas por muestreo, entre los menores de un año de edad en las áreas de riesgo para verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos.

b. Proyecto de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: (US\$15,3 millones)

- 2.15 El propósito de este proyecto será contribuir a desarrollar un sistema de vigilancia eficaz y un mecanismo que permita conocer de manera sistemática los problemas de salud pública de la población de tal manera que se puedan planificar oportunamente, intervenciones de control, prevención y promoción de la salud.
- 2.16 El resultado asociado a este proyecto es el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), a través de la: (i) realización de una vigilancia regular de enfermedades de reporte obligatorio, manteniendo un flujo inmediato de informaciones, con reportes semanales y mensuales; (ii) articulación del sistema con la vigilancia especializada realizada a través de los programas de tuberculosis, SIDA, cólera, tétanos, coqueluche, sarampión, poliomielitis, lepra, leishmaniasis, malaria, Chagas, fiebre hemorrágica, dengue, rabia, cisticercosis, accidentes ofídicos, fiebre amarilla y enfermedades crónicas no transmisibles, y reportar, procesar y analizar dichas enfermedades y eventos; (iii) promoción de la vigilancia en los servicios de salud, a nivel de los servicios de primer, segundo y tercer nivel en las instituciones públicas y privadas; (iv) promoción de la vigilancia de la mortalidad a través del reporte inmediato y preciso de las causas de muerte; (v) promoción de la vigilancia de las condiciones de vida, a través del reporte sobre las condiciones de saneamiento básico, accesibilidad a los servicios, etc.; (vi) promoción, de forma articulada, de la vigilancia de los laboratorios, estableciendo niveles de referencia laboratorial, promoviendo el control de calidad de los exámenes de diagnóstico y la transfusión segura de sangre; y (vii) promoción de la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- 2.17 Para alcanzar dicho resultado serán realizadas las siguientes actividades: (i) capacitación de personal de salud, tanto a nivel del sector público como no gubernamental y comunitario; (ii) integración, al nivel local, del sector salud con otras instituciones públicas y privadas en salud, con miras a aumentar la cobertura; (iii) desarrollo de la vigilancia epidemiológica y de la investigación en los sistemas locales de salud; (iv) formación en epidemiología de recursos humanos vinculados a los servicios; (v) implantación de la vigilancia epidemiológica al nivel de la comunidad, a través de las organizaciones territoriales de base, de los comités de vigilancia y de otros grupos organizados de la comunidad; (vi) fortalecimiento de

la red de laboratorios, y centros de medicina transfusional, con mecanismos de control interno y externo de la calidad; y, (vii) desarrollo de la vigilancia epidemiológica a través de la estrategia de entrega de servicios basada en la salud familiar.

- 2.18 Las principales metas del proyecto son: (i) fortalecer el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) y el flujo de informaciones necesarias a la toma de decisiones en salud; (ii) fortalecer la red nacional de laboratorios para el diagnóstico oportuno e investigación de enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes; (iii) establecer un sistema de vigilancia y control de enfermedades transmisibles por sangre y sus derivados para garantizar la transfusión de sangre segura y de sus componentes. De los US\$15,3 millones programados, el Banco financiaría 88% de los recursos y el TGN el 12%. El Programa financiará la capacitación de personal para vigilancia epidemiológica, manejo de laboratorios y bancos de sangre, comunicación social, equipos e instalaciones de laboratorio, insumos y equipos para la producción de reactivos de diagnóstico, equipos e instalaciones para Bancos de sangre, y equipos de informática y comunicación.
- 2.19 Para lograr las metas establecidas, los medios de verificación consistirán en demostrar: (i) la identificación, registro y notificación de por lo menos el 75% de la incidencia de enfermedades transmisibles al 2002 y 100% al 2005; (ii) el aumento de la calidad y de los datos de reporte de notificación de enfermedades transmisibles en los servicios de los SEDES y Distritos de Salud, (iii) el establecimiento de una red de laboratorios; y, (iv) la eliminación de la transmisión de enfermedades por la vía sanguínea.
2. Apoyo a la reforma del sector salud (US\$5,8 millones)
- a. Capacitación de Recursos Humanos: (US\$0,3 millón)
- 2.20 El objetivo de este subcomponente es capacitar los recursos humanos del Ministerio, dotándolos de condiciones para coordinar el proceso de reforma de todos los recursos internos y externos movilizados para tal fin, además de desarrollar la capacidad institucional necesaria para una nueva estructura organizacional para el MSPS. El Programa financiará cursos de capacitación de personal para alta gerencia en salud.
- 2.21 Las tareas de fortalecimiento institucional tendrán una duración estimada de dos años, cuando deberán estar listos los estudios básicos preparatorios de la Reforma. Dichas tareas deberán ser desarrolladas en coordinación con otras agencias multilaterales involucradas en el financiamiento de las acciones de reforma de salud en Bolivia, como el Banco Mundial, la USAID y la Comunidad Económica Europea.
- 2.22 Los cursos de alta gerencia consisten en capacitar funcionarios del MSPS, de los SEDES y de los Distritos de Salud involucrados con la reforma del sector salud, en técnicas gerenciales modernas que involucren la: (i) gestión de las redes de atención primaria volcadas a ofrecer un paquete básico de servicios esenciales a la población de bajo ingreso; (ii) introducción de sistemas de pago por capitación; (iii) introducción de estrategias de prevención y promoción de salud y comunicación social; y (iv) la gestión descentralizada del presupuesto, mecanismos de compra, gestión autónoma de personal,

contratación de proveedores y otros temas que se presenten como necesarios.

b. Estudios para la Estructuración de la Reforma: (US\$3,5 millones)

2.23 El objetivo del subcomponente es financiar estudios básicos para conformar aspectos institucionales, técnicos, legales y financieros que sienten las bases del proceso de reforma de salud que el MSPS está impulsando. Los estudios serán desarrollados a lo largo del período 2000-2001. Los términos de referencia de dichos estudios serán preparados por la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) y aprobados por el Banco previamente a su lanzamiento para concurso público internacional. Los principales temas identificados que necesitan ser desarrollados son:

- (a) *Estrategia para Reconversión y Capacitación de Recursos Humanos en Salud* - el estudio deberá realizar un relevamiento de la ubicación física y funcional de los recursos humanos en salud, identificando las necesidades de cada uno de los 93 distritos de salud a ser apoyados con el proceso de reforma. Por otro lado, el estudio deberá contemplar la preparación, a corto plazo, de los currículos y de los criterios de selección de personal a ser reconvertido para los equipos de salud de la familia (médico, enfermera, auxiliar de enfermería y visitador de salud), procurando aumentar la eficiencia del proceso de capacitación y reducir el tiempo de separación del personal a ser capacitado de los servicios, estudiando la posibilidad de utilización de estrategias de capacitación a distancia. El estudio deberá detallar estrategias de formación y capacitación permanente de personal que permitan, a mediano plazo, actualizar conocimientos y establecer una red de comunicación entre profesionales de salud bajo el nuevo modelo.
- (b) *Estudio de Revisión de la Legislación Laboral y de la Carrera Sanitaria en Salud* - dicho estudio deberá detallar las formas de reconvertir los empleos de salud en puestos de trabajo de dedicación exclusiva, remunerados a través de fórmulas que garanticen incentivos económicos por productividad y calidad (uso de la promoción y prevención, satisfacción del usuario, etc.) También se deberán detallar estrategias para la transición del actual sistema de personal del sector público, de forma a ir reduciendo progresivamente la planta de funcionarios del MSPS, introduciendo el esquema de personal contratado bajo las estrategias de capitación.
- (c) *Análisis institucional y funcional del Sector Salud* - a fin de poder llevar a cabo una modernización institucional del sector y adaptarlo a una nueva realidad producto de la reforma. El análisis girará alrededor de los siguientes aspectos: (i) ambiente organizacional: definición del ambiente administrativo y legal dentro del cual opera; descripción del ambiente externo que lo afecta (forma de gobierno, acceso a recursos del gobierno, toma de decisiones, etc.); descripción y evaluación del ambiente socio-cultural dentro del cual opera (normas, valores, actitudes, etc.); descripción y evaluación del marco tecnológico dentro del cual desarrolla sus funciones; (ii) motivación organizacional: misión, cultura y estructura de remuneración e incentivos del sector, (carrera sanitaria, servicio civil); (iii) capacidad organizacional: fortalezas y debilidades de su sistema de



planificación, estructura organizacional y funcional, administración de sus recursos físicos, tecnológicos y humanos, calidad de sus procesos de capacitación, entrenamiento, compensación y equidad, calidad y eficacia de sus sistemas de administración de procesos y programas, y relaciones interinstitucionales; y (iv) desempeño organizacional: eficacia del papel normador y rector (evaluación, monitoreo, diseño de políticas, etc.), eficiencia en el uso de los recursos (productividad del personal, relacionamiento con sus clientes, etc.), relevancia de las instituciones y adaptación al cambio, sostenibilidad de sus acciones, etc.

- (d) *Estrategia de Comunicación Social* - establecer mecanismos para identificar los agentes a ser sensibilizados y los procesos de cambio de comportamiento de la población, de los proveedores, de los médicos, del personal de salud y de los distintos niveles de Gobierno para reducir las resistencias y agilizar el proceso de reforma.
- (e) *Financiamiento y Sostenibilidad del Nuevo Sistema* - diseñar un nuevo modelo de financiamiento para el sistema de salud boliviano que tome en cuenta las necesidades impuestas por la reforma y la sostenibilidad de los mecanismos de extensión de cobertura del Seguro Básico y por la estrategia de salud de familia. Dicho modelo deberá tomar en cuenta: (i) el diseño de mecanismos de focalización del seguro básico y de la atención a la salud en el país, identificando las personas que no tienen capacidad de pago, no solamente para el seguro básico, pero eventualmente para otros niveles de atención a la salud; (ii) la recuperación de costos de los asegurados de la seguridad social, de las empresas de medicina prepaga y de las familias con capacidad de pago; (iii) la distribución equitativa de los recursos entre Prefecturas Departamentales y entre Municipalidades y la garantía de un buen balance de fuentes de financiamiento; (iv) la garantía de sostenibilidad de los gastos recurrentes no salariales y de las inversiones necesarias al programa de reforma y al escudo epidemiológico; y, (v) el establecimiento de un sistema informatizado de monitoreo y gestión del gasto en salud que agilice la programación y la adecuada rendición de cuentas del presupuesto y de la ejecución presupuestaria del gasto y permita el acompañamiento de las metas de gasto establecidas en el préstamo sectorial 1019/SF-BO.
- (f) *Reforma del Seguro Social de Salud* - el estudio comprende: (i) el establecimiento de un marco legal para la salud en el ámbito de la seguridad social con el cual se propondría la separación entre el financiamiento y la provisión de servicios en las Cajas de Salud y la eliminación de la cautividad de afiliación, garantizando libertad de elección para los asegurados; (ii) la creación de mecanismos de autonomía de gestión de los hospitales de las cajas de seguridad social, a través de su separación formal de las Cajas de Salud o de procesos de privatización y/o concesión; (iii) la integración del modelo de salud de la familia a la seguridad social, mediante la compra de servicios a la red de prestadores del seguro básico; y, (iv) el fortalecimiento institucional de una instancia independiente de reglamentación del sistema, fuera del ámbito del MSPS. Se financiarían básicamente consultorías y la realización de seminarios de difusión y sensibilización de los agentes involucrados.

(g) *Marco Legal de la Reforma* - en base a todos los estudios anteriores, dicho estudio permitirá la elaboración de la Ley Marco de la Reforma de Salud y de toda la legislación complementarla para su elaboración.

c. Implantación de Experiencias Piloto de Reforma: (US\$2,0 millones)

2.24 El objetivo del subcomponente es financiar, en base a los estudios y estrategias formuladas, experiencias piloto de reforma de salud tomando como base el modelo de salud de la familia. El montaje de las redes de salud de familia obedecerá a criterios basados en: (i) asignación de la gestión al nivel de los distritos de salud; (ii) pluralidad institucional de prestadores (establecimientos públicos, organizaciones no gubernamentales, iglesia, seguridad social y otros); (iii) estrategias de reconversión y capacitación de personal que serán desarrolladas concomitantemente con la implantación de los pilotos, buscando formar o entrenar el equipo de salud de familia y el personal necesario para la gestión del nuevo modelo; (iv) establecimiento de una estructura de remuneración de personal de salud que estimule la productividad, la calidad y la satisfacción de los usuarios, garantizando donde sea posible la libertad de elección del equipo de salud de familia por los usuarios; y, (v) fortalecimiento del proceso de autogestión de los establecimientos públicos de salud, con miras a aumentar la autonomía en el manejo administrativo y financiero de los recursos.

2.25 Serán seleccionados municipios o distritos que servirán como experiencias piloto, con base en las localidades donde fueron desarrolladas experiencias de gestión y realizadas inversiones a través del Programa de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional - PSF (858/SF-BO). Las experiencias piloto deberán ser desarrolladas buscando reflejar situaciones diversificadas y representativas de las distintas realidades existentes en Bolivia. Con base en el éxito de las experiencias piloto, se podrá extender el modelo a otras áreas del país, con base en nuevas fuentes de financiamiento.

2.26 Las experiencias piloto, dependiendo de las circunstancias legales e institucionales, de la disponibilidad de la red de establecimientos de salud, y de la naturaleza de preparación del proyecto de reforma, deberán iniciarse bajo el modelo de capitación, a través de la utilización de una red de múltiples prestadores, que involucre las ONG's especializadas en salud y los servicios de la iglesia y de la seguridad social.

D. Facilidad de Preparación de Proyectos (FPP) (US\$1,25 millones)

2.27 Para agilizar las tareas de preparación y ejecución del Escudo Epidemiológico, el Banco se encuentra negociando con el país la preparación de una FPP por valor de US\$1,25 millones para financiar la instalación de la estructura de ejecución del programa cubriendo los gastos para su funcionamiento previo a la elegibilidad del préstamo para desembolsos.

E. Administración y supervisión

2.28 La UCP será financiada a lo largo de seis años con recursos equivalentes a US\$5,2 millones. Se convino con el MSPS que el financiamiento del Banco para mantener los consultores contratados

para apoyar al Ministerio en la ejecución del Programa será decreciente a lo largo de la vida del proyecto para que a partir del quinto año de ejecución del Programa y en adelante, el MSPS pase a financiarlos regularmente. Los recursos del financiamiento serán destinados parcialmente al pago de remuneraciones (coordinadores, especialistas, técnicos), consultorías, equipamiento básico (informática, telecomunicaciones, reproducción y transmisión de documentos), y pagos de tasas de administración de las agencias/firmas especializadas que llevarán a cabo la compra de insumos, equipamientos y la administración de los recursos del Programa. Con cargo a la contrapartida, se financiarán remuneraciones, pasajes y viáticos, los servicios de asesoría técnica de la OPS/OMS, papelería y útiles de oficina, organización de eventos, y gastos generales.

**F. Costo y financiamiento del Programa**

- 2.29 El costo total del Programa se calcula en el equivalente de US\$53,7 millones. A continuación se desglosan los costos de cada uno de los componentes.

**Cuadro II.2**  
**Cuadro de Costos**  
(en millones de US\$)

CATEGORIAS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO			
	BID	TGN	TOTAL	%
<b>1. Administración y Supervisión</b>	2,8	2,4	5,2	9,7
<b>2. Componente 1 - Escudo Epidemiológico</b>	35,0	5,5	40,5	75,4
2.1 - Chagas	21,5	3,7	25,2	46,9
2.1.1 - Insecticidas	8,5	1,8	10,3	
2.1.2 - Equipamiento y Transporte	3,6	0,4	4,0	
2.1.3 - Diagnóstico y Tratamiento	6,7	0,9	7,6	
2.1.4 - Gastos operativos, IEC, apoyo y capacitación	2,7	0,6	3,3	
2.2 - Vigilancia Epidemiológica	13,5	1,8	15,3	28,5
2.2.1 - Fortalecimiento SNIS	10,1	1,3	11,4	
2.2.2 - Organización Red de Laboratorios	1,2	0,4	1,6	
2.2.3 - Implantación de Bancos de Sangre	2,2	0,1	2,3	
<b>3. Componente 2 - Apoyo a la Reforma de Salud</b>	5,0	0,8	5,8	10,8
3.1 - Capacitación de Recursos Humanos	0,3	-	0,3	
3.2 - Estudios	3,5	-	3,5	
3.3 - Experiencias Piloto	1,2	0,8	2,0	
<b>4. Facilidad de Preparación de Proyectos</b>	1,2	-	1,2	2,2
<b>5. Costos Concurrentes</b>	0,5	-	0,5	0,9
5.1 Evaluación <sup>1</sup>	0,5	-	0,5	
<b>6. Inspección y Vigilancia</b>	0,5	-	0,5	0,9
<b>Total</b>	<b>45,0</b>	<b>8,7</b>	<b>53,7</b>	<b>100,0</b>

1- Serán hechas dos evaluaciones externas del Programa a lo largo de su ejecución, a un costo estimado de US\$250 mil cada una.

### III. EJECUCION DEL PROGRAMA

#### A. Esquema organizativo para la ejecución del Programa

- 3.1 El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social (MSPS) será el organismo ejecutor del Programa. El esquema organizativo para la ejecución del Programa tiene como principio fortalecer la estructura formal del MSPS creando hacia el interior de las direcciones generales involucradas, la capacidad técnica para poder llevar a cabo las actividades que le correspondan en el ámbito de cada uno de los diferentes proyectos del Programa. Así, con personal nacional contratado con recursos del Programa, se crearán equipos técnicos básicos dentro de las direcciones, los cuales apoyados en las estructuras hoy existentes, coordinarán y ejecutarán los proyectos respectivos con las correspondientes instancias departamentales y distritales. A fin de tener una instancia de contraparte directa para el Banco responsable por la coordinación general del Programa, se conformará la Unidad Coordinadora de Programa (UCP) que responderá directamente al Ministro de Salud y le servirá a éste además como instancia asesora para la conducción del proceso de reforma. Para efectos de la ejecución de los proyectos del Escudo Epidemiológico, el MSPS firmará un convenio de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) que tendrá como fin apoyar al MSPS en el cumplimiento de sus compromisos ante el Banco comprendidos en el marco del contrato de préstamo. La protocolización de este convenio será condición previa al primer desembolso.

##### 1. Unidad Coordinadora del Programa (UCP)

- 3.2 Corresponderá a la UCP asegurar la ejecución eficaz y oportuna del Programa, dirigiendo la planificación e implantación de sus aspectos técnicos, financieros y administrativos, así como la conducción de los estudios básicos estructurantes del proceso de reforma, el seguimiento y evaluación del Programa, y la coordinación de la cooperación internacional al proceso de reforma. La UCP estará dirigida por un Coordinador General a quien le corresponderá mantener el vínculo directo con el Ministro de Salud para la orientación general del Programa y sus políticas de ejecución, asegurar la coherencia entre sus componentes y con otros financiamientos o cooperaciones externas, y coordinar las actividades de ejecución conjuntamente con las Direcciones Generales del MSPS involucradas en el Programa, así como con las instancias descentralizadas a nivel departamental y municipal.
- 3.3 El Coordinador General estará apoyado por un grupo técnico conformado por un responsable por el monitoreo y evaluación del Programa, un responsable por la conducción y seguimiento de las actividades relacionadas con el modelo de salud de la familia, un responsable por la conducción y seguimiento de los aspectos institucionales y legales ligados al proceso de reforma, un responsable por el tema de establecer una estrategia de re-ingeniería financiera del sector, un técnico para montar y mantener el sistema de información gerencial del Programa, y un grupo de apoyo administrativo compuesto por un contador, una secretaria y un auxiliar de oficina. Los especialistas contratados para dirigir y hacerle seguimiento a los temas de reforma, trabajarán en coordinación con las direcciones de planificación y servicios de salud, y su trabajo será evaluado de acuerdo a productos específicos que deberán constar en los términos

de referencia para su contratación. El MSPS por intermedio de la UCP contratará los servicios del PNUD para la administración de los recursos del Programa y para la adquisición de bienes y servicios excepto los contemplados en el convenio con la OPS/OMS los cuales se describen más adelante. Su contratación será condición previa al primer desembolso de recursos del financiamiento.

## 2. Dirección General de Salud (DGS)

- 3.4 El desarrollo y coordinación de las actividades relativas al Proyecto de Control y Prevención de Chagas se hará por intermedio de una Unidad Central de Coordinación del Proyecto de Chagas (UCCH) adscrita a la Dirección General de Salud. Dicha UCCH será puesta en marcha inicialmente con recursos de la PPF y estará compuesta por los siguientes técnicos que representan su equipo básico: un coordinador general, tres técnicos operativos, y un técnico para apoyo logístico. La UCCH será la responsable de elaborar las normas nacionales del proyecto, elaborar los planes de intervención anual con intervención de los responsables regionales, coordinar las actividades de capacitación a nivel departamental y distrital, tanto para el personal institucional como para el personal reclutado en la comunidad y el personal asignado por el Ministerio de Defensa, gestionar los recursos necesarios para asegurar la ejecución de los planes anuales, y supervisar, monitorear y evaluar los avances del proyecto en cada una de los distritos de salud.

## 3. Dirección General de Epidemiología (DGE)

- 3.5 El desarrollo y coordinación de las actividades relativas al Proyecto del Sistema de Vigilancia Epidemiológica se hará por intermedio de una Unidad Central de Coordinación del Proyecto de Vigilancia Epidemiológica (UCSV) adscrita a la Dirección General de Epidemiología (DGE). Dicha UCSV será puesta en marcha también inicialmente con recursos de la PPF y estará compuesta por dos profesionales, uno especialista en sistemas de vigilancia epidemiológica y otro en redes de laboratorios, quienes deberán coordinar con Instituto Nacional de Laboratorios (INLASA) para la implementación de la red de laboratorios y con el SNIS para el sistema de información. Le corresponderá a la UCSV coordinar las actividades relacionadas con el ajuste y validación del sistema de información para vigilancia epidemiológica, la actualización de los equipos técnicos responsables a nivel departamental y distrital sobre el nuevo sistema de vigilancia, la red de laboratorios, la preparación con apoyo de la OPS/OMS de las tareas relativas a la cotización y licitación de equipamientos e insumos, la preparación, seguimiento y evaluación de los planes operativos para la implantación del nuevo sistema, y la realización de talleres de capacitación y divulgación del nuevo sistema.

## 4. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

- 3.6 El MSPS y particularmente la UCCH y la UCSV recibirán el apoyo técnico y administrativo de la OPS/OMS en dos frentes principales: (i) compra de insecticidas, e insumos y medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en menores de cinco años; y, (ii) asesoría técnica en materia de logístico-operativa para la ejecución de los proyectos del Escudo Epidemiológico, seguimiento y evaluación, y apoyo a la gestión. El apoyo de la OPS/OMS al MSPS será brindado a través del personal técnico radicado en su oficina de Representación en el país. En este

sentido el Gobierno Boliviano ha solicitado a esa organización concentrar sus esfuerzos de cooperación y apoyo técnico para Bolivia en las actividades relacionadas con la implantación y seguimiento del Escudo Epidemiológico. Para completar el apoyo de la OPS/OMS en la compra de insecticidas, insumos y medicamentos, el MSPS suscribirá un convenio con el Centro de Abastecimiento de Suministros de Salud (CEASS) para que lleve a cabo la desaduanización, el almacenamiento, transporte y distribución de los bienes. **La suscripción de dicho convenio será condición previa al primer desembolso.**

B. Marco operativo

- 3.7 Para manejar eficientemente el Programa del Escudo Epidemiológico el MSPS ha decidido instituir una nueva estructura a nivel central bajo la DGS y la DGE dotándolas de autonomía de gestión. Estas direcciones desarrollarán actividades integradas y sistematizadas en todas las zonas endémicas del país que aseguren el liderazgo de coordinación, la optimización del uso de los recursos, el impacto macro de la cooperación técnica al Programa, y la fijación de las políticas globales y las estrategias para el control, prevención y vigilancia del chagas y otras enfermedades. Esta nueva estructura de orden vertical y centralizado tendrá una vigencia de cinco años, mientras se implementa la fase de ataque y de consolidación; la vigilancia y transferencia definitiva del Programa a los niveles departamentales y municipales se iniciará con el proyecto y se consolidará en los siguientes dos años. Hay que destacar que esta estructura es centralizada en lo que se refiere a los aspectos de coordinación, normatización, estandarización de procedimientos, compra de insumos y equipo, supervisión y evaluación, y descentralizada en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades a nivel departamental y distrital. **Para efectos del proceso de descentralización, el el Gobierno Nacional promulgó en diciembre de 1998, un Decreto Supremo que establece los principios de gestión y organización de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) en calidad de órganos operativos de las Prefecturas Departamentales responsables de la gestión de salud.**
- 3.8 Las Unidades Departamentales de Conducción Técnica del Programa dependientes orgánicamente de la estructura de las Prefecturas Departamentales, específicamente de los SEDES y funcionalmente de la UCCH a nivel nacional, tendrán la responsabilidad de la ejecución del proyecto a nivel departamental. Estas unidades departamentales estarán conformadas por personal técnico existente hoy en las unidades de control de vectores de los SEDES y tendrán por funciones la coordinación, aplicación de normas, planes y procedimientos, planificación anual departamental, seguimiento y supervisión a los Distritos de Salud, consolidación, procesamiento, análisis, emisión y difusión de la información técnica y gerencial que genera el Programa a nivel departamental de forma integrada al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), y elaboración de informes mensuales para las respectivas direcciones departamentales y nacionales de Salud y de Epidemiología, la UCCH y la UCSV. **A fin de que los departamentos sean elegibles para las inversiones previstas en el Programa, será necesario que cada Prefectura Departamental a través de sus SEDES suscriba previamente un contrato de gestión con el MSPS donde se especificarán sus derechos y obligaciones en términos de la ejecución de Programa, garantizando la sostenibilidad, una vez finalizado el préstamo. El modelo de contrato de gestión deberá ser presentado al Banco para su no objeción y la presentación de la evidencia de la**

**subscripción de los mismos será condición previa al primer desembolso.**

- 3.9 La ejecución a nivel distrital del Programa estará a cargo de las Direcciones Distritales de Salud involucradas, quienes dentro de un proceso de concertación y coordinación, integrarán a los gobiernos municipales y al resto del espectro institucional existente en el nivel local, así como a las instancias de participación y decisión de la ciudadanía, en la ejecución territorial del Programa. Entre las principales funciones a nivel distrital estarán: ejecutar las actividades planificadas que correspondan a la oficina de distrito y coordinar las actividades de los establecimientos de la red de servicios y las equipos de trabajo relacionadas con la ejecución territorializada del Programa; alimentar con información la planificación y programación de las actividades relacionadas con la ejecución del Programa Nacional a nivel del distrito; identificar y sistematizar los requerimientos de capacitación del personal de salud en el distrito y gestionar ante los SEDES y la unidad departamental de conducción del Programa acciones de capacitación para mejorar el rendimiento y la obtención de los resultados del Programa; coordinar con los gobiernos municipales y organizaciones comunitarias la inserción de las actividades distritales en las respectivos programas anuales operativos; coordinar y supervisar las actividades específicas de vigilancia epidemiológica del Programa, constituyéndose en el centro territorial de referencia del sistema de información.
- 3.10 El Ministerio de Defensa se integrará en este esfuerzo nacional brindando el apoyo operativo en lo que se refiere a mano de obra, a través de los efectivos acuartelados en los diferentes puntos del país que coincidan con las acciones prioritarias del Programa. **El convenio con el Ministerio de Defensa está siendo negociado por el MSPS y la presentación al Banco de la evidencia de la protocolización del mismo será condición previa al primer desembolso.**
- 3.11 Los dos componentes del Programa tienen sus propios lineamientos operativos, los cuales se presentan a continuación.

1. Componente 1: Escudo Epidemiológico

a. Subcomponente 1: Proyecto de Control, Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas

- 3.12 Como parte de las actividades previstas en la operación de la PPF que está apoyando al MSPS para prepararse para la ejecución de este subcomponente, se están realizando las siguientes tareas: (i) conclusión, validación, edición y aprobación de las normas y procedimientos técnico-operativo-administrativos; (ii) diagramación de manuales; (iii) organización y capacitación de equipos humanos operativos; (iv) programación operativa a nivel departamental, distrital y municipal; (v) levantamiento de la línea de base para monitoreo de indicadores de impacto; (vi) diseño de normas y procedimientos para transfusiones de sangre, tratamiento de casos, y capacitación; (vii) preparación de tareas relativas a la cotización y licitación de equipamientos e insumos; (viii) estudio de estrategia para la distribución de insumos y equipamientos; y, (ix) inicio de acciones operativas y firma de los contratos de gestión con los departamentos. La conclusión de estas tareas se estima para fines de 1999. Para la planificación y realización de estas tareas, el MSPS cuenta con el Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el

control de enfermedades transmitidas por vectores que establece las normas básicas, las funciones, y los procedimientos operativos de campo.

- 3.13 El MSPS cuenta actualmente con un equipo suficiente de técnicos en enfermedades transmitidas por vectores capaz de dirigir las acciones de los equipos de control, las cuales estarán conformadas por dichos técnicos, apoyados por conscriptos y líderes comunitarios que recibirán la capacitación requerida para sus funciones. Estos equipos serán las responsables directas de llevar a cabo las diferentes tareas de campo previstas en cada una de las fases del Programa tal como se describe en el párrafo siguiente. El número de técnicos existente permitirá la conformación de 193 equipos de control, estimándose que cada equipo de control durante la fase de ataque estará en capacidad de fumigar alrededor de 8 domicilios por día, lo que permitirá alcanzar la meta de fumigar alrededor de 700 mil viviendas a más tardar entre el cuarto y quinto año de ejecución del Programa.
- 3.14 La ejecución de las actividades del Programa están divididas en cuatro etapas: fase preparatoria, fase de ataque, fase de vigilancia, y fase de monitoreo y evaluación. La fase preparatoria comprenderá las siguientes actividades, las cuales serán llevadas a cabo por técnicos del MSPS a nivel central y personal de los SEDES: (i) *Información, educación y comunicación (I.E.C)*: dirigida a las autoridades locales y a la población de las comunidades para que se concienticen y participen en el desarrollo de las acciones del Programa. Los aspectos étnicos y de género serán debidamente tenidos en cuenta para el diseño y ejecución de las actividades de I.E.C.. (ii) *Capacitación*: dirigida a formar recursos humanos que permitan una eficiente ejecución del Programa a nivel institucional (profesional, técnicos) y comunitario (líderes, responsables populares de salud, dirigentes). (iii) *Levantamiento de la línea de base*: bajo esta actividad los equipos de control llevarán a cabo un reconocimiento geográfico (censo de población, número de viviendas, características de la construcción, elaboración de croquis por comunidad y por municipio), un levantamiento entomológico que informará sobre la dispersión del vector, las especies de vector y su infestación en los domicilios, y la serología de los menores de cinco años. Los datos obtenidos en la línea de base orientarán la fase de ataque.
- 3.15 La fase de ataque está dirigida a eliminar al vector de las viviendas ubicadas en las áreas endémicas y a iniciar la identificación de los menores de cinco años infectados con el parásito para comenzar su tratamiento. Las actividades tendrán la siguiente secuencia: capacitación en técnicas de rociado - a cargo de técnicos institucionales (según manual de operaciones de campo) - de los líderes o responsables populares de salud; realización de un primer ciclo de rociado total (intra y peridomiciliario), complementado con el espurgo de muebles y enseres (ataque 1); realización de un segundo ciclo de rociado (ataque 2) a ser llevado a cabo dentro de los seis y doce meses posteriores al primer ciclo; otros ciclos en forma selectiva según la dinámica de la infestación residual, medida a través de evaluaciones post-rociado; e inicio del tratamiento de los niños chagásicos de cinco años.
- 3.16 La fase de vigilancia está dirigida a establecer un sistema de vigilancia epidemiológica ágil, confiable, simple y oportuno que permita al nivel local la toma de decisiones. Esta fase consta de actividades permanentes que requerirán que el trabajo de vigilancia



sea sustentado por los servicios de salud y por la propia población. Se llevarán a cabo dos tipos de vigilancia: *vigilancia institucional* que tendrá como fin la búsqueda activa del vector en la viviendas, por muestreo realizado por personal de salud, con el fin de fortalecer la vigilancia comunitaria; y la *vigilancia comunitaria* que requerirá la estructuración de los Puestos de Información de Vinchucas (P.I.V.) y la identificación plena de la comunidad con la problemática de la enfermedad, a fin de que los pobladores mantengan una constante vigilancia de su propia vivienda y denuncien rápidamente ante los P.I.V. cualquier indicio de reinfestación. Los P.I.V. enviarán mensualmente información a los servicios de salud y éstos harán lo mismo a los Distritos. En los Distritos de Salud habrán técnicos de vectores permanentes con equipamiento para programar y ejecutar el rociado de las viviendas reinfestadas y que han sido denunciadas por la comunidad a través de los P.I.V.

- 3.17 La fase de monitoreo y evaluación contará con instrumentos para recabar información básica y de rutina y llevar a cabo estudios muestrales para medir el impacto en los diversos niveles. Es importante hacer notar que la información tendrá su origen a nivel de la comunidad para confluir finalmente a los diferentes niveles de coordinación del proyecto (distrital, departamental y central), para retornar nuevamente a la comunidad en la realimentación. Para capturar la información a nivel de la comunidad se desarrollarán los siguientes instrumentos, los cuales serán monitoreados por el personal de salud del área: (i) *Plan Operativo Comunal Anual*: las comunidades con apoyo de los técnicos especificarán el cronograma de actividades a desarrollarse según la fase del Programa que corresponda. (ii) *Croquis Epidemiológico*: señalará en forma referenciada las viviendas de la comunidad y servirá para conocer la infestación y calidad de la vivienda, controlar y seguir su mejoramiento, y para controlar la efectividad del rociado y la vigilancia de la reinfestación. (iii) *Gráfico de tendencia*: permitirá a la comunidad hacer un seguimiento semestral de la dinámica de reinfestación y tomar decisiones oportunamente; para cada comunidad el nivel de riesgo se estimará de acuerdo con el número de viviendas utilizando un código de fácil comprensión que oriente las acciones nivel local.
- 3.18 La información recabada a nivel local (puestos de salud) será reportada al nivel distrital para su consolidación y análisis. Este será el nivel operativo más importante, ya que aquí se deberán tomar las decisiones inmediatas, tanto en la detección de reinfestaciones, como en la coordinación para la provisión de insumos. Los datos consolidados a nivel de distrito serán enviados para análisis por parte de las Unidades Departamentales de Conducción Técnica del Programa, las cuales harán la retroalimentación oportuna a los distritos y éstos últimos a la comunidad. Toda la información departamental será a su vez consolidada a nivel central para análisis, evaluación, planificación, y supervisión.

b. Subcomponente 2: Proyecto de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

- 3.19 La implantación del sistema de vigilancia epidemiológica exigirá el montaje de un sistema de información adecuado que permita recolectar, procesar, interpretar, analizar y difundir los datos, planificar las acciones de vigilancia, intervenir oportunamente en casos de brotes de enfermedades emergentes o re-emergentes, y evaluar y medir los impactos del sistema y de la vigilancia ejecutada, desde la

- recolección del dato hasta la toma de decisiones e intervenciones. Con este objeto, se utilizará el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) que ha sido recientemente modernizado y cuenta actualmente con un sistema de referencia geográfica. Además, se apoyará en una red de laboratorios, los cuales tendrán funciones diferenciadas según el nivel de complejidad del sistema de salud al cual sirven.
- 3.20 La transmisión de la información generada por el sistema se hará en base a los mecanismos operativos y los flujos establecidos de acuerdo con la jerarquización de los diferentes niveles administrativos, comenzando desde un nivel básico conformado por los puestos de salud hasta un nivel IV en la DGE. El nivel básico (alrededor de 2200 establecimientos de salud o unidades de notificación) basará su notificación no sólo en los casos que demanden atención, sino también en la organización comunitaria que promoverá en el ámbito de la localidad donde se asienta (colaboradores voluntarios, R.P.S., líderes de la comunidad y otras estrategia de participación social). Su notificación al nivel I será mensual, semanal o inmediata por radio o teléfono a través de formularios de vigilancia epidemiológica, mediante la sistematización de las enfermedades de notificación obligatoria que permitirá la discriminación de casos por semana epidemiológica y la ubicación de los mismos en mapas y croquis. Este nivel básico constituirá el último punto de la red de laboratorios por su carácter de puerta de entrada al sistema de salud por lo que en los casos que así se defina, realizará la tomas de muestras para el diagnóstico o confirmación de enfermedades. Este nivel realizará reuniones periódicas con la comunidad organizada para análisis de información y toma de desiciones.
- 3.21 El Nivel I estará formado por 450 unidades existentes de análisis epidemiológico que corresponden administrativamente con las áreas de salud. Estos establecimientos cuentan con un médico, enfermera o auxiliar de enfermería. Este nivel manejará la información consolidada de los puestos de salud y realizará el primer análisis de la información en base a las categorías epidemiológicas de tiempo, espacio y persona, disponiendo para ello de instrumentos que le permitirán graficar tendencias, coberturas e identificación de casos por puestos de salud. Enviará información, inmediata, semanal y mensual al Nivel II por radio o teléfono, haciendo uso del formulario semanal de vigilancia epidemiológica, y a través de información que se registrará en un libro de registro individualizado de casos. Efectuará además el llenado de fichas epidemiológicas de todos los casos que deben ser sometidos a investigación. Recibirá una copia del informe mensual del SNIS para los correspondientes análisis comparativos con los reportes semanales, para verificar la confirmación de casos en el mes. Procesará muestras de laboratorio de acuerdo a la disponibilidad de equipos con que cuente, pudiendo contar hasta con un laboratorio simple, lo que estará en función del tamaño de su área de influencia y su prioridad como área endémica. Este nivel realizará reuniones mensuales con el personal del nivel básico para monitorear y evaluar el sistema de notificación, así como la efectividad de las medidas de control realizadas con el personal del nivel básico.
- 3.22 El Nivel II estará conformado por 93 unidades de análisis epidemiológico informatizadas, correspondientes administrativamente a los Distritos de Salud. Este nivel dispondrá de personal de salud con entrenamiento o formación epidemiológica y utilizará sistemas informáticos computarizados para la elaboración, procesamiento, y

análisis de la información. Recibirá la información del Nivel I y la enviará por Internet al nivel III (departamental) mediante bases de datos que contendrán la información inmediata, semanal y mensual del SNIS. Manejará datos de situación de salud por municipio, área y establecimiento de salud, incluyendo aspectos sociales y económicos, como por ejemplo índice de necesidades básicas insatisfechas e índice de desarrollo humano. Se reunirá mensualmente con el nivel I para monitoreamiento y evaluación del sistema de notificación así como para verificar la efectividad de las acciones de intervención desarrolladas. Este nivel contará con un laboratorio de mayor nivel y en zonas prioritarias contará con centros de transfusión sanguínea.

- 3.23 El Nivel III lo conformarán las nueve Unidades Departamentales de Epidemiología que dependerán administrativamente de los SEDES. Este nivel será responsable de administrar la red departamental de vigilancia epidemiológica con un equipo de personal integrado por epidemiólogos, estadísticos, laboratoristas y técnicos sanitarios. Procesará la información de sus unidades de análisis informatizadas del Nivel II, revisando cobertura, calidad y oportunidad de la información. La caracterización de la situación epidemiológica departamental y el análisis de la situación de salud constituirán la misión de este nivel, así como la organización de la respuesta por intermedio de programas preventivos y de intervención ante enfermedades emergentes y re-emergentes. Este nivel manejará la base de datos del SNIS para su análisis, toma de decisiones y para informar al nivel central. Contará con laboratorios de tercer nivel o de referencia nacional para enfermedades prevalentes, emergentes, re-emergentes y para el control de calidad de los bancos de sangre y centros de transfusión.
- 3.24 El Nivel IV estará constituido por la DGE que llevará a cabo la gerencia de la red. Este nivel desarrollará una base de datos de indicadores básicos de salud desagregada hasta nivel de distrito y área de salud, caracterizará la situación epidemiológica de las principales enfermedades transmisibles, no transmisibles y sus factores de riesgo, coordinará la capacidad de respuesta nacional frente a los problemas de salud mediante la administración de los programas preventivos y de control de enfermedades, conducirá los estudios de vigilancia centinela necesarios para conocer la realidad epidemiológica de enfermedades emergentes. Deberá coordinar con el INLASA y el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) la identificación de patologías a vigilar y la supervisión, monitoreo y evaluación de la red de laboratorios. El MSPS ha dictado una Resolución Ministerial mediante el cual califica a estos institutos como laboratorios de referencia nacional y regional, y establece sus responsabilidades dentro del ámbito de la ejecución del Programa.

## 2. Componente 2: Apoyo a la reforma del sector salud

- 3.25 La coordinación del componente 2 estará a cargo de la UCP. Las actividades de la UCP en este componente deberán ser coordinadas con las Direcciones Generales de Planificación y de Servicios de Salud del MSPS, las cuales a lo largo de la ejecución del Programa irán recibiendo la responsabilidad del control, seguimiento, y evaluación de las acciones previstas.

a. Subcomponente 1: Fortalecimiento Institucional para el Apoyo a la Reforma

- 3.26 La ejecución de este subcomponente será realizada a través de la realización de cursos de capacitación para alta gerencia de salud. La UCP cuenta con los módulos de los cursos revisados por el Banco para los distintos tipos de profesionales a ser entrenados en el MSPS y en los SEDES y Distritos. Los cursos deberán ser realizados en el país y la tecnología deberá ser apropiada por empresas nacionales o universidades, a fin de que los mismos puedan ser replicados a lo largo del proceso de preparación de la reforma. **Previo a la contratación de estos servicios, la UCP deberá presentar al Banco para su aprobación final los currículos de los cursos, los criterios de selección de los participantes, la relación final de los profesionales a ser entrenados, y una lista corta de empresas nacionales o internacionales que podrían realizar dicha capacitación.**

b. Subcomponente 2: Estudios para la estructuración de la Reforma

- 3.27 La UCP contratará los estudios a través de firmas consultoras nacionales o internacionales, de acuerdo con las normas y procedimientos del Banco. Los estudios deberán ser divulgados, correspondiéndole a la UCP la preparación de la estrategia de divulgación y diseminación de los resultados en articulación con el plan de comunicación social de la reforma de salud.

c. Subcomponente 3: Implantación de Experiencias Piloto de Reforma

- 3.28 La UCP deberá definir las áreas donde serán implementadas las experiencias piloto de la Reforma. Dichas experiencias deberán incorporar las innovaciones que vienen siendo elaboradas por los técnicos y consultores que han trabajado en el proceso de reforma, especialmente los relacionados con el Seguro Básico de Salud y la estrategia de salud de familia.
- 3.29 Selección de experiencias piloto: Para la selección de las experiencias se deberán tomar en cuenta los siguientes criterios: (i) la diversidad de modelos a ser implantados (urbano, rural y periurbano); (ii) las instalaciones, recursos humanos y equipamientos previamente existentes en la localidad; (iii) la diversidad de prestadores de servicio existentes para implantar formas múltiples de relación con los prestadores (públicos, privados, ONGs, Iglesia, Seguridad Social, etc.); y, (iv) el acceso a otros niveles de jerarquía de los servicios, como centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel, etc. **La selección de las experiencias piloto deberá contar con la no objeción del Banco.**
- 3.30 Plan de Implementación de la Reforma Distrital de Salud (PIRDS): Una vez definidos los cuatro municipios o distritos de salud donde serán realizadas las experiencias, la UCP preparará un Plan de Implantación de la Experiencia que deberá contener: objetivos y justificativas; necesidades de consultoría; capacitación y entrenamiento de recursos humanos; necesidades en materia de readecuación de las obras físicas e instalaciones; plan de remuneración de personal; plan de entrega de servicios; estrategia de obtención y gestión de medicamentos e insumos; estrategia de autogestión de las unidades de salud (salud de familia, centros de salud, hospitales); estrategia de remuneración a las unidades no gubernamentales (privadas, ONGs, Iglesia, Seguridad

Social, etc); estrategia financiera y montaje del Fondo Distrital de Salud (FDS); plan de comunicación social con medidas especiales para grupos étnicos; resultados esperados; calendario de implantación; y, costos e indicadores de proceso (implementación) y producto (resultados esperados). Este Plan, al nivel de cada Distrito, será consensuado con las autoridades locales, líderes comunitarios, gremios profesionales y prestadores. Solamente después de consensuado podrá ser firmado el convenio para la implantación del Plan. **Los planes de implementación y los modelos de convenio deberán ser presentados al Banco para su no objeción. La demostración de la suscripción de los convenios será condición necesaria para que los distritos sean elegibles para recibir financiamiento con recursos del Programa.**

- 3.31 Unidad de Gerencia del Plan Distrital de Salud (UGPDS): Cada Distrito deberá crear una unidad de gestión responsable por la implantación del PIRDS. Dicha Unidad deberá ser apoyada por la UCP y por los SEDES, que repasarán recursos para el PIRDS. La UGPDS manejará el FDS que será constituido por la transferencia de recursos para la inversión de la reforma (provenientes del programa y de otras fuentes) y de recursos para la operación de la reforma, compuestos por transferencias de la nación, de los departamentos y de recursos propios de las municipalidades que componen el distrito. Dichos fondos serán utilizados para transferir recursos a las unidades de salud de familia, centros de salud y hospitales que pasarán a trabajar progresivamente bajo un sistema de auto-gestión y para pagar los prestadores externos de servicio (sector privado, ONGs, Seguridad Social, Iglesia, etc). La ejecución de los PIRDS será responsabilidad de las UGPDS bajo estrecha supervisión de la UCP. Dicha supervisión será hecha a través de visitas mensuales a los distritos involucrados y al acompañamiento de metas de resultados intermedios. La evaluación del éxito de las experiencias de implantación de los PIRDS será determinada por los resultados esperados en términos de productos e impactos en la mejoría de las condiciones de acceso y de los indicadores de salud para lo que se definirá una metodología de indicadores tempranos de resultado.

#### C. Adquisiciones y contrataciones

- 3.32 Las características y necesidades específicas relativas a las adquisiciones de insecticidas y medicamentos determina que las compras de estos productos sean catalogadas como altamente especializadas. <sup>1/</sup> Considerando que las normas y procedimientos de adquisiciones del Banco son de orden general y no contemplan aspectos relacionados a este tipo de compras que se llevan a cabo con modalidades específicas de mercado, se propone utilizar para llevar a cabo dichas adquisiciones a la OPS/OMS. Para los fines de este Programa se utilizaría el mecanismo de "Compras Reembolsables de la OPS/OMS" que es compatible con las "Normas y Procedimientos para Adquisiciones con Préstamos del BID" en la medida que promueve la competencia, la economía y la eficiencia.

---

<sup>1/</sup>

Se consideran compras especializadas en término de tres factores fundamentales: (i) existe un limitado número de productores ya identificado que hace innecesaria la publicidad; (ii) requieren de un estricto control de calidad ya que la selección del producto o la formulación equivocada puede traducirse en un gran derroche de dinero, en fracasos operativos, y en riesgos de salud pública y ambiental; y (iii) la oportunidad de entrega juega un papel fundamental en la decisión de adjudicación.

- 3.33 Las órdenes de compra bajo este mecanismo se evalúan basándose en la competitividad del precio, considerando los costos del flete y de seguro, así como la calidad del producto y la oportunidad de la entrega, otorgándosele a la evaluada como la económicamente baja. Teniendo en consideración las normas de adquisiciones de la OPS/OMS, todas las compras de insecticidas y medicamentos bajo este Programa requerirán de la aprobación del Comité de Contrataciones de la OPS/OMS (Contract Review Committee) con sede en Washington D.C.. Este Comité, conformado por el Jefe de Unidad de Adquisiciones de la OPS/OMS, el Director de Servicios Generales, el Director Financiero, y el Director del Departamento Técnico responsable del programa en cuestión, deberá dar su dictamen evaluando las ofertas y justificando la seleccionada.
- 3.34 El MSPS, por intermedio de la UCP, enviará a la OPS/OMS una lista de los suministros que solicita sean adquiridos bajo el mecanismo de Compras Reembolsables. La OPS/OMS preparará la información preliminar sobre los precios y disponibilidad de los suministros, restringiendo su ámbito a proveedores de países miembros del Banco. En base a esta información, la UCP solicitará al Banco que realice la transferencia directamente a la Sede de la OPS/OMS de la totalidad de los recursos necesarios para cubrir los costos estimados de los suministros, flete y seguro, hasta su entrega final, más un 3% sobre el precio neto del producto en concepto de tasa de servicio. De acuerdo con lo estipulado en el convenio entre el MSPS y la OPS/OMS, ésta última mantendrá una cuenta especial para el Programa a fin de llevar los registros de fondos recibidos y cargos efectuados por el pago de compras realizadas, y presentará al MSPS, con copia al Banco, informes acumulados semestrales de las adquisiciones realizadas.
- 3.35 La OPS/OMS presenta una serie de ventajas comparativas para realizar este tipo de actividades, las cuales se pueden resumir en los siguientes puntos: (i) cuenta con un grupo de asesores técnicos que realizan investigaciones permanentes y evaluaciones de programas en todos los países del mundo, para conocer cuales son los medicamentos, insecticidas, otros insumos o equipamiento más efectivos en los programas de control de enfermedades transmisibles; (ii) dicta normas y políticas mundiales sobre dosis y tipo de medicamentos e insecticidas que deben utilizarse en los programas de control de enfermedades transmisibles; (iii) mantiene comunicación permanente con los productores mundiales de medicamentos, insecticidas y otros insumos para garantizar la calidad de los productos como también para lograr los mejores precios posibles para los productos; (iv) mantiene fondos rotarios para cierto tipo de insumos, mediante los cuales se puede hacer comprar millonarias a precios mucho mas bajos que los que podría conseguir cada país o institución si lo hiciera por su propia cuenta; (v) realiza control de calidad de todos los productos comprados y emite certificado de calidad antes de que estos sean embarcados al país de destino; (vi) cuenta con una estructura administrativa que asegura la transparencia de los procedimientos, agilidad en la compra y la entrada al país de todos los insumos; y, (vii) cuenta con un grupo de asesores especializados en el tema de enfermedades transmisibles que realizan un seguimiento continuo sobre el uso y resultados de los productos adquiridos.
- 3.36 Para la adquisición de los bienes y servicios distintos a los que se licitarán y comprarán por intermedio de la OPS/OMS (i.e. vehículos, motocicletas, equipos de computación y comunicación, bombas de fumigación y sus repuestos, equipamientos e insumos para los bancos de sangre y laboratorios de salud pública, etc.) se utilizarán los

servicios del PNUD, quien en coordinación con la UCP, será también la responsable de administrar los recursos del Programa (ver párrafo 3.3). La adquisición de estos bienes y servicios se hará conforme a los procedimientos estipulados en el Anexo B del contrato de préstamo, requiriéndose licitación pública internacional para las adquisiciones cuyo valor exceda US\$250 mil. Las licitaciones por debajo de los límites mencionados se harán en base a la legislación nacional. La contratación de los estudios y servicios de consultoría previstos en el Programa se llevarán a cabo de conformidad con los procedimientos estipulados en el Anexo C del contrato de préstamo. En el Anexo III-1 se presenta el calendario de adquisiciones del Programa.

- 3.37 La contratación de el PNUD para las tareas arriba señaladas fue una decisión concertada entre el Banco y el Gobierno Boliviano, a la luz de las lecciones aprendidas como resultado de la ejecución del PSF (ver párrafo 1.29) en lo que se refiere a la administración de los recursos del Programa. El PNUD tiene amplia experiencia en la administración de programas y proyectos financiados por el BID y el Banco Mundial en Bolivia y sus servicios especializados facilitan la transparencia y reducen el riesgo de una mala administración de los recursos. La contratación del PNUD, quien cobrará una tasa de servicio del 3.3% sobre los recursos a ser administrados, aportará credibilidad, imagen y prestigio a la ejecución del Programa, y le permitirá al MSPS concentrar toda su atención en los elementos técnicos del mismo.
- 3.38 El desarrollo de las experiencias pilotos de reforma que financiará el Programa podrá incluir pequeñas remodelaciones o adaptación de los espacios físicos de los establecimientos de salud. Dado el bajo monto de estas eventuales obras, su contratación se hará siguiendo la legislación local.

#### D. Calendario de desembolsos

- 3.39 Se ha previsto un período de ejecución del Programa de seis años. El fondo rotatorio para esta operación se ha establecido en un 5% de los recursos del financiamiento, el cual no incluye los pagos directos a la OPS/OMS a los que se hace referencia en los párrafos siguientes. Con base en la programación efectuada, se prevé el siguiente calendario de desembolsos, en millones de US\$:

Cuadro III.1

FUENTE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
BANCO	4,2	16,3	11,5	8,3	2,8	1,9	45,0
APORTE LOCAL	0,4	1,7	2,6	2,2	1,0	0,8	8,7
TOTAL	4,6	18,0	14,1	10,5	3,8	2,7	53,7
PORCENTAJE	8,5	33,5	26,3	19,5	7,0	5,2	100,0

- 3.40 Para el caso específico de los recursos que requerirá la OPS/OMS para prestar los servicios de asesoría técnica contemplados en el Programa, el MSPS por intermedio de la UCP, gestionará ante el Banco un pago directo a la OPS/OMS para financiar el costo estimado de las actividades previstas para los seis primeros meses según el detalle contenido en el plan de trabajo para el primer año. Este plan deberá ser presentado por esa organización al MSPS al momento de la firma

del convenio. En lo sucesivo y previo a la presentación al Banco de una solicitud posterior de pago directo a la OPS/OMS, la UCP presentará al Banco un informe semestral que refleje los gastos incurridos por la OPS/OMS durante los seis meses anteriores y un estimado de los gastos a ser incurridos durante los seis meses siguientes, basados en el plan de trabajo acordado entre las partes. Una vez presentado dicho informe, la UCP presentará al Banco una nueva solicitud de pago directo a la OPS/OMS por un monto igual al costo estimado de la actividades a desarrollar durante los seis meses siguientes

- 3.41 Para el caso específico de las compras que se realicen bajo el mecanismo de Compras Reembolsables de la OPS/OMS, la UCP presentará al Banco solicitudes de pago directo a la OPS/OMS por la totalidad de los recursos necesarios para cubrir el costo estimado de dichas compras. Dichas solicitudes de pago incluirán el detalle sobre el origen y la descripción de bienes y servicios suministrados bajo esta modalidad.

E. Auditoría externa

- 3.42 Los fondos del Programa recibidos por la OPS/OMS y los administrados por el PNUD serán auditados de conformidad con las reglas y directrices de dichas organizaciones en su calidad de agencias especializadas de las Naciones Unidas, por sus auditores independientes, siempre que los mismos fuesen aceptables para el Banco. Estas reglas deberán ser consistentes con los requerimientos de auditoría independiente para proyectos financiados por el Banco. Los informes de auditoría deberán también ser presentados al Banco anualmente por el Prestatario durante la ejecución del Programa.

F. Sistema de seguimiento y evaluación

- 3.43 Dentro de los 30 días siguientes de cumplirse cada semestre de ejecución del Programa, el MSPS presentará a la consideración del Banco informes de progreso semestrales en relación con el desarrollo de la actividades del Programa. El informe que coincida con cada año de ejecución del Programa deberá, además, incluir el plan operativo para ese año, el estado financiero del Programa e información sobre las adquisiciones realizadas el año anterior y las planeadas para el año en curso. Con el fin de llevar un seguimiento y una evaluación de los resultados del Programa, estos informes incluirán un estado comparativo anual de los avances alcanzados en un grupo de indicadores de progreso acordados mutuamente entre el Banco y el MSPS (ver Anexo III-2 en los archivos técnicos).
- 3.44 Anualmente, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de preparación y entrega del informe de progreso semestral que coincida con cada año de ejecución del Programa, el Banco llevará a cabo una misión de administración para analizar junto con el MSPS la información presentada, evaluar el progreso del Programa, las dificultades que hubieran surgido en la ejecución y la forma de superarlas.
- 3.45 Como parte del proceso de evaluación del Programa, se prevé llevar a cabo dos evaluaciones de impacto - una intermedia y una final - con base en la metodología y las directrices a ser acordadas entre el MSPS y el Banco. Dichas evaluaciones serán llevadas a cabo por firmas externas cuya contratación se hará vía concurso público internacional. Los resultados de la primera evaluación deberán ser



presentados al Banco una vez se hayan comprometido el 50% de los recursos del Programa o a los 42 meses contados a partir de la vigencia de contrato de préstamo, según sea la circunstancia que se de primero, y tendrán como objetivo evaluar el estado de ejecución del Programa y verificar el grado de cumplimiento con las metas previstas, detectar problemas e introducir medidas correctivas sobre la marcha a fin de asegurar el alcance de los objetivos últimos del Programa. La evaluación final, que estará basada en los mismos contenidos y metodología de la evaluación intermedia, deberá ser desarrollada dentro de los seis meses previos a la fecha límite para el último desembolso del financiamiento y sus resultados presentados al Banco previo a la solicitud final de desembolsos.

#### IV. VIABILIDAD Y RIESGOS DEL PROGRAMA

##### A. Análisis económico del Programa

- 4.1 Evidencias latinoamericanas y de otras latitudes muestran que las tasas de retorno asociadas al combate a enfermedades transmisibles han sido muy elevadas. En el caso de la enfermedad de Chagas, fueron realizados estudios en la Provincia de Salta (Argentina) que demuestran que las Tasas Internas de Retorno (TIR) asociadas a la prevención de la enfermedad llegan al 64,2%. Estudios similares realizados para un conjunto de países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay) llegaron a una TIR promedio del 14%, aunque no fueron incluidos una serie de beneficios indirectos asociados a la erradicación.
- 4.2 El análisis económico se restringirá al impacto del Proyecto de Chagas del Escudo Epidemiológico, puesto que el componente de apoyo a la reforma de salud solamente tendrá impactos en la medida que se consigan establecer las condiciones institucionales y el ambiente propicio para la implantación del Plan Estratégico de Salud (PES).

##### 1. Evaluación económica del Proyecto de Chagas

- 4.3 La evaluación económica del Programa de Chagas fue hecha con base en técnicas del análisis de costo efectividad. La idea básica del análisis es buscar responder a la siguiente pregunta: ¿Porqué invertir en el combate vectorial a la enfermedad de Chagas y no invertir en el combate y/o tratamiento de otras enfermedades? La respuesta radica en que el combate vectorial a la enfermedad de Chagas permite evitar un número mayor de muertes y aumentar el número de años de vida saludables que la población tendrá para disfrutar en el futuro, a un costo menor que lo encontrado en el combate vectorial de otras enfermedades.
- 4.4 El primer aspecto que debe ser explicado se refiere a la comparabilidad entre las acciones de combate vectorial y las acciones de tratamiento de enfermos. Los programas de combate vectorial deben ser comparados, desde el punto de vista de su efectividad, con otros programas de combate vectorial, ya que las acciones de combate vectorial y de tratamiento no son sustituibles o alternativas, pero sí complementarias. En programas de salud colectiva, las acciones de combate vectorial deben anteceder a las acciones de tratamiento de la población relacionadas a una determinada enfermedad. Aunque en algunos casos se pueda alcanzar un costo individual por muerte evitada o por año de vida ganado con el tratamiento de una determinada enfermedad transmisible menor que el costo individual de su prevención, no es recomendable empezar un largo programa de tratamiento de dicha enfermedad sin su prevención colectiva, la cual ocurre a través de la eliminación previa de su transmisión vectorial.
- 4.5 Con inversiones del orden de US\$25,2 millones, el Proyecto de Combate Vectorial a la Enfermedad de Chagas permitirá evitar 1,8 millones de casos nuevos de dicha enfermedad en Bolivia, esto considerados solamente los menores de cinco años existentes en 1998 y todos los individuos que nacerán y que podrían infectarse con Chagas a lo largo del período 1999-2006, lo que equivaldría a evitar alrededor de 14 mil muertes entre este mismo grupo de población.

- 4.6 El cuadro IV.1 muestra que el programa de control vectorial de la enfermedad de Chagas tiene un costo por muerte evitada y un costo por año de vida saludable ganado menor que el control vectorial de la malaria, ya que: (a) la enfermedad de Chagas es mucho más perjudicial para la salud de los niños que la malaria; y, (b) el control vectorial de Chagas permitiría lograr resultados mayores en la reducción de la mortalidad que el control de la malaria. De esta forma, se podría justificar el por qué es más ventajoso invertir en el combate vectorial de la enfermedad de Chagas que en el combate vectorial a la malaria, aunque que éste último también sea efectivo cuando se compara con otras enfermedades.

Cuadro IV.1  
Estimativas de Costo-Efectividad de Algunas Intervenciones Preventivas en Bolivia

Intervención	Costo por Muerte Evitada (US\$)	Costo por Año de Vida Ganado (US\$)
Control Vectorial de la Enfermedad de Chagas	1.090	2,50
Control Vectorial de la Malaria	19.822	736,38

Fuente: Las informaciones de costo-efectividad asociadas a otros procedimientos no asociados a la enfermedad de Chagas fueron obtenidas de Robles, María Cárdenas, "Análisis Costo-efectividad de Intervenciones de Salud en Bolivia", Ed. UDAPSO, Documento de Trabajo 56/97, La Paz, julio de 1997.

- 4.7 Solucionada la cuestión del combate vectorial, se puede comparar las opciones en lo que se refiere al tratamiento de enfermedades transmisibles y otras enfermedades. Se observa en el cuadro IV.2 que el tratamiento de Chagas entre niños menores de 5 años tiene un costo por muerte evitada de US\$3.009,00 y por año de vida ganado de US\$99,96. En este sentido, es más costo efectivo que otros tratamientos como el de infecciones intestinales helmínticas en escolares, el control de neumonías y los servicios de planificación familiar. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que un número poco significativo de niños que nacen de madres portadoras de la enfermedad de Chagas (al rededor de 1% de las madres infectadas con la enfermedad) desarrolla por la vía congénita la enfermedad en forma aguda.

Cuadro IV.2  
Estimativas de Costo de Efectividad del Tratamiento de Algunas Enfermedades y Procedimientos  
Relacionados a Muertes Evitadas y Años de Vida Perdidos Ganados.

INTERVENCION	COSTO POR MUERTE EVITADA (US\$)	COSTO POR AÑO DE VIDA GANADO (US\$)
Expansión del Programa Ampliado de Inmunizaciones	519	28,38
Complemento de Vitamina A	227	7,57
Tratamiento contra infecciones intestinales helmínticas en escolares	17578	603,57
Servicios de Planificación familiar	3297	112,40
Terapia de Rehidratación Oral para Diarrea	3498	116,22
Control de Neumonías	3048	101,26
Cuidado Prenatal y del Parto	2132	71,56
Tratamiento del Chagas Congénito en Menores de cinco años	3009	99,96
Tratamiento de Malaria	347	12,86
Tratamiento de la Tuberculosis	717	31,43

Fuente: Las informaciones de costo efectividad de otros procedimientos fue obtenida de ROBLES, Marina Cárdenas, "Análisis Costo Efectividad de Intervenciones de Salud en Bolivia", Ed. UDAPSO, Documento de Trabajo 56/97, La Paz (Bolivia), julio de 1997.

- 4.8 Asimismo, el tratamiento de la malaria, de la tuberculosis, la expansión de los programas de inmunizaciones y el complemento de vitamina A presentan costos por muerte evitada menores que el tratamiento de Chagas entre los menores de cinco años. Sin embargo, dichas otras intervenciones no necesitarían ser apoyadas por el Programa, ya que integran el paquete de acciones financiado por el seguro básico de salud y serán financiadas con recursos del país.
- 4.9 Aunque el gobierno boliviano no haya realizado inversiones en el tratamiento de aproximadamente 420 mil enfermos crónicos de Chagas existentes en el país, el costo de dicho tratamiento, en caso de que fuera realizado, alcanzaría US\$41 por paciente, lo que representaría gastos anuales de US\$17,2 millones. El combate vectorial de la enfermedad de Chagas podrá evitar, en el futuro, la realización de dichos gastos. El tratamiento de los enfermos mitiga pero no alcanza la curación completa de la enfermedad. Sin embargo, las inversiones en el tratamiento de menores de 5 años, aunque sean crónicos, cuando anteceden o se hacen concomitantemente con los programas de combate vectorial, son efectivas para lograr la curación de la enfermedad. Se estima que existen aproximadamente 288 mil niños infectados en las zonas de riesgo cuya curación demanda alrededor de US\$8 millones para su tratamiento.
- 4.10 Para garantizar que los beneficios y la efectividad del proyecto de control y prevención de la enfermedad de Chagas se mantenga es imprescindible el fortalecimiento de los sistemas locales de vigilancia epidemiológica, los cuales en base a una adecuada red de laboratorios de salud pública y hemocentros pasarán a controlar la enfermedad en la red de servicios, evitando que nuevos brotes puedan amenazar los logros alcanzados en la etapa de combate vectorial.

## 2. Impacto económico de la enfermedad de Chagas

- 4.11 La elevada prevalencia de enfermedades transmisibles en Bolivia impone un importante costo individual, familiar, social y laboral. Considerada la incidencia probable de la enfermedad de Chagas en la población en edad activa y que el producto promedio de dicha población en Bolivia alcanzaría los US\$1.680,00 per cápita, las pérdidas por ausentismo laboral en función de la morbilidad y la mortalidad por la enfermedad de Chagas podrán alcanzar, en los términos de hoy, valores de US\$201,7 millones, los cuales equivalen a 2,6% del Producto Interno Bruto del país 2/. Es evidente que los efectos del proyecto de combate al Chagas en la reducción de dichas pérdidas sólo empezarían a lograr efectos a partir del décimo tercer año de su implantación. Asimismo, dichas pérdidas tenderían a aumentar en el caso de que no se iniciara el combate vectorial a dicha enfermedad.

### B. Viabilidad institucional

- 4.12 La estructura organizativa y operacional del MSPS se caracteriza por su debilidad institucional, tanto a nivel central como a nivel descentralizado. Aunque el MSPS y los SEDES cuentan con experiencia y personal profesional capacitado en el área de control de vectores, la envergadura de las acciones del Escudo Epidemiológico requiere que se fortalezcan todos los niveles para asegurar una oportuna y adecuada ejecución de todas sus actividades. Teniendo esto en consideración, el Programa fortalecerá las estructuras existentes en el MSPS con la conformación de equipos técnicos con profesionales bolivianos que se incrustarán en las Direcciones Generales involucradas, sin crear estructuras paralelas, asegurando así la sostenibilidad de las acciones implantadas y promoviendo que el "know-how" desarrollado a lo largo de la ejecución del Programa permanezca en el MSPS y se filtre a las instancias descentralizadas. En los SEDES y los Distritos de Salud se organizarán los recursos humanos existentes para formar equipos de trabajo que permitan la conducción del Programa a nivel departamental y distrital.
- 4.13 El Programa financiará múltiples actividades de capacitación, tanto a nivel institucional (MSPS nivel central, SEDES, Distritos de Salud, establecimientos de salud, laboratorios y bancos de sangre) como de la sociedad civil organizada (ONGs) y la comunidad (organizaciones de base), que permitirá, a lo largo de su ejecución, ir mejorando la capacidad técnica, organizativa e institucional del MSPS y de las instancias descentralizadas. Por otra parte, cabe destacar que el MSPS, a partir de 1999, llevará a cabo con recursos del financiamiento, un programa de epidemiología aplicada a los servicios de salud, lo que permitirá capacitar alrededor de 100 médicos en esta especialidad para que vuelquen sus conocimientos al servicio del Programa a nivel de los Distritos de Salud. Adicionalmente, a fin de apoyar al MSPS en su rol de administrador y conductor central del Programa, convino con el MSPS lo siguiente: (i) contratar los servicios de la OPS/OMS para que le brinde apoyo técnico en dos aspectos fundamentales: compras especializadas (insecticidas y

---

2/ La metodología utilizada puede estar subestimando el valor real de dichas pérdidas, ya que no se tomó en cuenta los costos indirectos de la enfermedad en los costos de tratamiento y sostenimiento de los enfermos crónicos, las pensiones por discapacidad pagadas por el Estado, los efectos a nivel familiar con el sufrimiento, ausentismo escolar y los efectos secundarios sobre la desnutrición y las condiciones de salud materno infantil.

medicamentos) y planificación, logística operativa, control, seguimiento y evaluación de las acciones del Escudo Epidemiológico; y, (ii) contratar los servicios del PNUD para que administre y fiscalice los recursos del Programa.

- 4.14 Se espera que con la ejecución del Programa, quedarán fortalecidos los recursos humanos del nivel central, departamental y distrital, lo que hará efectiva una descentralización de las acciones pasando de acciones de orden vertical como las desarrolladas por el Programa, a acciones de orden horizontal de vigilancia, prevención y promoción a nivel de los establecimientos de salud y la comunidad.
- 4.15 En lo que se refiere a la reforma de salud, este es un proceso que necesita ser iniciado a partir de los aspectos conceptuales y del establecimiento de consensos internos a nivel del MSPS y de los gobiernos nacional y local, a fin de poder estar en condiciones de desarrollar normas legales, instrumentos técnicos y gerenciales y experiencias exitosas para su implantación. El MSPS no dispone de recursos que permitan sostener todo el esfuerzo de desarrollo institucional para que este proceso pueda lograr resultados positivos concretos y contribuir, paso a paso, para la implantación de los mecanismos de reforma descritos en el PES.
- 4.16 Al apoyar el fortalecimiento de los cuadros técnicos del MSPS, el desarrollo de los estudios para estructurar la reforma y la implantación de experiencias pilotos, el Banco pretende viabilizar un proceso institucionalmente sostenible de preparación para la reforma, a través del establecimiento de leyes, normas, reglamentos, estudios e instrumentos técnicos que harán factible su implantación.

C. Impactos ambientales, sociales y medidas propuestas

- 4.17 Para potenciar el impacto del Programa y maximizar los beneficios sobre los diferentes segmentos de la población, y, por otro lado, mitigar los impactos de un inadecuado manejo de la fumigación y de los desechos de laboratorios, el equipo de proyecto: (i) consideró el marco legal y ambiental nacional e internacional con relevancia para el sector salud, en particular para fumigación y aplicación de materiales tóxicos e insecticidas; (ii) incluyó en el presupuesto de capacitación de personal y de comunicación social los temas ambientales y la educación requerida para los beneficiarios; (iii) dio atención especial a las poblaciones indígenas y originarias con miras a determinar adecuadamente su perfil epidemiológico y su reacción a las enfermedades transmisibles en un marco de respeto a sus aspectos étnicos y culturales; (iv) tomó previsiones para que se incluyan aspectos étnicos, de género y prácticas tradicionales de salud en el componente de salud de familia; y (v) estipuló que los distritos y municipios a ser escogidos como experiencias piloto, deberán contar con agua potable y disposición adecuada de aguas servidas, y adecuado manejo de los residuos patológicos.
- 4.18 Como parte de estas tareas, se revisaron y juzgaron adecuados: (i) el Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el Control de Enfermedades Transmisibles por vectores del MSPS que describe en detalle los procedimientos relativos a las tres etapas de preparación, ataque y seguimiento, y el entrenamiento del técnico fumigador; (ii) el Manual de Bioseguridad para Laboratorios; (iii) el Manual de Operaciones de Campo que incluye el plan de Información, Educación y Comunicación; (iv) la Reglamentación de la Ley de Medio Ambiente; y (v) el Código de Salud de la República de Bolivia.

D. Beneficios y riesgos

1. Beneficios

a. Reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles

- 4.19 Las tareas de combate a la enfermedad de Chagas mediante la fumigación masiva de domicilios y el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica tendrán efectos directos en la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles. Hay que destacar que Bolivia todavía se encuentra en la primera etapa de la transición epidemiológica, o sea aquella donde la carga de enfermedad en el país está concentrada en enfermedades transmisibles de carácter endémico (chagas, malaria, tuberculosis, principalmente) las cuales son prevenibles y controlables. Por otra parte, la acciones del programa en el área de control de sangre y de los hemoderivados posibilitará prevenir la transmisión de enfermedades tales como el chagas, la hepatitis y otras vía la transfusión sanguínea, haciendo más segura las transfusiones de sangre en los hospitales y otros establecimientos de salud.

b. Desarrollo de un nuevo modelo sanitario

- 4.20 El apoyo a la reforma de salud a través de las actividades de desarrollo institucional, estudios e implementación de experiencias piloto posibilitará el desarrollo y consolidación de un nuevo modelo sanitario, manteniendo consistencia con el proceso de descentralización y participación ya iniciado. Dicho modelo permitirá alcanzar mayores niveles de equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud, mediante la provisión de un paquete de prestaciones básicas (seguro básico de salud) que: (i) aumenta la cobertura a los grupos de más bajo ingreso, especialmente a las poblaciones rurales indígenas, y reduce los riesgos asociados a la mortalidad y morbilidad materno-infantil; y, (ii) reduce la derivación innecesaria de pacientes al segundo y tercer nivel de atención, aumentando la eficiencia y eficacia de los servicios.

2. Riesgos

a. Licitaciones y compras

- 4.21 El componente del Escudo Epidemiológico involucra una gran cantidad de recursos asignados a compras de insecticidas, medicamentos, equipamientos para fumigación, bancos de Sangre y laboratorio de salud pública. Bolivia ha sido tradicionalmente un país que presenta demoras en los procesos licitatorios. El atraso en las licitaciones y compras de estos insumos y equipos podría comprometer el buen desempeño del Programa. Para mitigar dicho riesgo, se propone que la compra de los insecticidas, insumos críticos y medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de chagas sea realizada y supervisada por la OPS/OMS que cuenta con la infraestructura adecuada y la experiencia internacional para llevar a cabo dichos procesos en forma transparente y oportuna, y garantizar la calidad de los productos. Por otra parte, para la compra de los demás insumos y equipamientos (transporte, bancos de sangre, laboratorio comunitarios, etc) se propone que sea realizada por el PNUD que cuenta con amplia experiencia en los procesos de adquisición de bienes y servicios financiados con recursos de organismos financieros multilaterales.

b. Debilidad institucional para la ejecución del Programa y el desarrollo del proceso de reforma del sector salud

- 4.22 El MSPS no cuenta con un número suficiente de recursos humanos calificados para ejecutar el Programa y además desarrollar las bases de la reforma de salud esbozadas en el PES. Teniendo esto en consideración, el esquema organizativo que se ha establecido para la ejecución del Programa tiene como principio fortalecer la estructura formal del MSPS, creando hacia el interior de las direcciones generales involucradas, la capacidad técnica para poder llevar a cabo las actividades que les correspondan en el ámbito de cada uno de los diferentes actividades del Programa. Así, con recursos del Programa, se ha previsto la conformación de equipos técnicos básicos dentro de las direcciones generales del Ministerio, los cuales apoyados en las estructuras hoy existentes, coordinarán y ejecutarán los proyectos respectivos con las correspondientes instancias departamentales y distritales.
- 4.23 Por otra parte se conformará la Unidad Coordinadora de Programa (UCP) que además de velar por el buen desarrollo general del Programa, contará con los recursos humanos necesarios para servir como instancia asesora para la conducción del proceso de reforma. Adicionalmente, el MSPS contará con los servicios del PNUD que lo apoyará en la administración y fiscalización del Programa.

E. Beneficiarios

- 4.24 Los beneficiarios directos, a corto plazo, del programa son los grupos más vulnerables que se encuentran expuestos a las elevadas tasas de incidencia de Chagas. Dentro de estos, los grupos de mayor riesgo son las poblaciones indígenas que viven en las regiones periurbanas y rurales donde se registran las mayores tasas de prevalencia de la enfermedad.
- 4.25 El beneficiario indirecto del Programa será la población boliviana en general que se beneficiará de los frutos de una mejor productividad de su economía y de la elevación del producto económico del país, como resultado de la eliminación de una de las principales enfermedades transmisibles y la perspectiva de una reforma que brinde más eficiencia y equidad a todo el sistema de salud.
- 4.26 Conforme a lo estipulado en el documento de la Octava Reposición de Recursos (AB-1704, pár. 2.15) y siendo que el mejoramiento de atención en salud prestada por el sector público se dirige esencialmente a poblaciones pobres, se determina que el Programa propuesto cumple con las características de un Programa focalizado hacia los sectores de bajos ingresos. De acuerdo con el párrafo 2.13 del mismo documento, el Programa se clasifica dentro de la categoría de equidad social y reducción de pobreza.



**MARCO LOGICO DEL COMPONENTE I  
ESCUDO EPIDEMIOLOGICO BOLIVIANO**

EN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Contribuir a la Reducción de la mortalidad y morbilidad de la población boliviana asociada a las principales enfermedades transmisibles	Reducción de la mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles en términos del proyecto en 25% comparado con los niveles existentes en 1998	Estadísticas de mortalidad proporcional obtenidas a través del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejoría de las estadísticas de salud del SNIS.</li> <li>2. Programa de combate a la malaria y la tuberculosis financiado e implementado</li> </ol>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>Apoyar la implementación del Escudo Epidemiológico en base a las prioridades definidas en el Plan Estratégico de Salud (PES)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eliminar la transmisión vectorial de Chagas 25% (2000), 50% (2001), 75% (2002) y 100% (2003)</li> <li>2. Eliminar la transmisión de enfermedades como Chagas, Hepatitis, Sífilis, VIH/SIDA y malaria por la vía de la transfusión sanguínea en un 24% (2000); y 100% (2004)</li> <li>3. Identificar y registrar por lo menos 75% de la incidencia de enfermedades transmisibles para el 2002 y 100% para el 2004, a nivel nacional.</li> <li>4. Identificar y tratar al 100% de los niños menores de cinco años con serología positiva de la enfermedad de chagas para el 2003.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuestas serológicas y entomológicas anuales realizadas por la Unidad Central de la Coordinación del Proyecto de Control de Chagas (UCCH) y por la Unidad Coordinadora Central del Proyecto de Vigilancia Epidemiológica (UCSV)</li> <li>- Evaluación anual por muestreo de la calidad de la sangre en Bolivia</li> <li>- Comparación de encuestas epidemiológicas continuas por muestreo con los registros existentes en el SNIS</li> <li>- Evaluación de medio término del programa.</li> <li>- Evaluación final del Programa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descentralización del sistema de vigilancia epidemiológica</li> <li>2. Programa Nacional de Medicamentos Transfusional y Bancos de Sangre implementados</li> <li>3. Descentralización de las actividades de vigilancia epidemiológica hacia los Servicios y Distritos de Salud.</li> </ol>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Control vectorial de enfermedad de Chagas y tratamiento a niños menores de cinco años de edad</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fumigación dos veces al año, de 200 mil domicilios para el año 2000; 170 mil para el año 2001; 170 mil para el año 2002 y 160 mil para el año 2003.</li> <li>2. Tratamiento de la enfermedad de chagas a aproximadamente 260.000 niños infectados.</li> <li>3. Instalación de puestos de Información de vinchucas en 3.770 comunidades.</li> <li>4. Capacitación de alrededor de 1,2 mil funcionarios institucionales y 18,8 mil responsables comunitarios de salud</li> </ol>	<p>Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por la UCCH y UCP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignación oportuna de los recursos del programa.</li> <li>- Contrato de gestión firmado con las prefecturas departamentales con el MSP</li> <li>- Asignación oportuna de personal del Ministerio de Defensa y la comunidad para las tareas de apoyo a la fumigación y vigilancia.</li> </ul>

EN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Control de calidad de la sangre Bancos de Sangre y centros transfusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipamiento y acondicionamiento de 7 bancos de sangre y 6 centros de transfusión.</li> <li>2. Capacitación de 60 personas de los bancos de sangre y centros de transfusión.</li> <li>3. Capacitación de 2000 usuarios y profesionales de salud en el uso adecuado de la sangre</li> <li>4. Supervisar y mantener la calidad y evaluación de 100% de los bancos de sangre y centros de transfusión.</li> <li>5. Implementación de la estrategia de donación altruista de sangre.</li> </ol>	Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por la UCCH y UCP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignación oportuna de los recursos.</li> <li>- Contrato de gestión firmado las Prefecturas Departamentales.</li> <li>- Coordinación adecuada en el nivel central de la red de bancos de sangre y centros transfusión.</li> </ul>
Sistema de vigilancia epidemiológica y red de laboratorios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4.000 personas capacitadas para los servicios de salud y 10.000 de la comunidad en las tareas de vigilancia epidemiológica y sistemas de información entre 1999 y 2004.</li> <li>2. Elaboración del Mapa Epidemiológico a nivel nacional, regional y distrital, para el año 2004.</li> <li>3. 116 técnicos de laboratorio capacitados para ejercer, al nivel local, tareas técnicas de diagnóstico, registro y notificación de enfermedades prevalentes, emergencias y reemergentes, al año 2004.</li> <li>4. 100% de los laboratorios equipados para el año 2002.</li> <li>5. 100% de los puestos de salud equipado con sistema de radio y comunicación al año 2002.</li> </ol>	Monitoreo físico y financiero del Programa por la UCCH y UCP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignación oportuna de los recursos del programa</li> <li>- Contrato de Gestión firmado las prefecturas departamentales</li> <li>- Coordinación Central de la Nacional de Laboratorios.</li> </ul>

**MARCO LOGICO DEL COMPONENTE II**  
**COMPONENTE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
El proceso de reforma del sector salud mediante el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria basado en la oferta de un paquete básico de servicios de salud, a través de estrategias de salud de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley de Seguro Básico de Salud, aprobada en 2000</li> <li>- Los 9 Departamentos firmaron convenios con el MSPS para la financiación del seguro básico para el 2001</li> </ul>	Verificación de la aprobación de las leyes, normas y firma de convenios correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Departamento de Planificación de Salud de MSPS reestructurado</li> </ul>
El acceso, la equidad y las condiciones de salud de los grupos más vulnerables de la población mejorando la gestión de los sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción en 25% de la mortalidad materno-infantil en las áreas elegidas como experiencias piloto del Programa para el 2004.</li> <li>- Implantación de por lo menos 50% de los pilotos con experiencias de financiamiento por capitación.</li> </ul>	<p>Investigación de líneas de base, Registros Estadísticos de los Distritos de Salud, Evaluación Intermediaria.</p> <p>Misiones de Administración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro Básico de Salud en funcionamiento</li> </ul>
El marco jurídico del nuevo sistema de salud boliviano y su base de financiamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudios definidos en el programa terminado.</li> <li>2. Nueva ley de contratación de personal de salud compatible con sistemas de pago por capitación.</li> <li>3. Nueva ley de financiamiento del sector salud, definiendo la participación de la seguridad social, departamentos y municipios aprobada.</li> <li>4. Modelos de convenio y de contratos de gestión para los prestadores de servicios (públicos, ONGs, seguro social) diseñados y aprobados</li> </ol>	Misiones de administración.	Partidas presupuestarias de financiamiento de los estudios y consultores aprobados.
El grupo de trabajo, para el 2001, un grupo de trabajo a nivel central y local, capacitados para la implementación de la Reforma	Capacitar 10 técnicos del MSPS y 110 gerentes de las SEDES y distritos de salud para la implementación de la Reforma	Misiones de Administración	Partidas presupuestarias asignadas.
El grupo de trabajo, para el 2002, de experiencias piloto de reforma de	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distritos de Salud seleccionados y convenios firmados para el 2000.</li> <li>2. Experiencias en funcionamiento para el 2002</li> </ol>	Misiones de Administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partidas presupuestarias asignadas</li> <li>- Recursos de los Departamentos y Distritos de salud garantizados.</li> </ul>

ADQUISICIONES PRINCIPALES DEL PROYECTO	FINANCIAMIENTO US\$ miles			METODO DE ADQUIC. LPI u OTRO	PRECALIFI- CACION  SI/NO	PUBLICACION DEL AEA		
	BID	LOCAL	TOTAL			AÑO	PRENSA	
							INTER	NAC
PROYECTO DE CHAGAS								
1. Transporte (camionetas, motocicletas y repuestos)	1.477	-	1.477	LPI	NO	1999/ 2000	SI	SI
2. Equipo de Rociado	1.475	-	1.475	LPI	NO	1999/ 2000	SI	SI
3. Equipo de campo y protección	178	-	178	LPN	NO	1999/ 2000	NO	SI
4. Insecticida	8.954	-	8.954	CE	SI	1999/ 2002	NO	NO
5. Medicamentos e insumos para diagnóstico	7.610		7.610	CE	SI	1999/ 2002	NO	NO
PROYECTO DE SISTEMA DE VIGILANCIA								
1. Equipo de Comunicación (radios, fax, teléfonos)	2.830	-	2.830	LPI	NO	2000	SI	SI
2. Equipo de computación	250	-	250	LPN	NO	2000	SI	SI
3. Equipo de laboratorio e insumos	500	-	500	LPI	NO	2000	SI	SI
4. Equipo bancos de sangre e insumos	995	-	995	LPI	NO	2000- 2001	SI	SI
APOYO A LA REFORMA								
1. Estudios	3.500	-	3.500	CPI	NO	2000	SI	SI
SUB TOTAL	27.769	-	27.769					

P1: Licitación Pública Internacional  
 PN: Licitación Pública Nacional  
 PI: Concurso Público Internacional  
 C: Compra Especializada hecha por OPS/OMS

**PROYECTO DE RESOLUCION**

**BOLIVIA. PRESTAMO /SF-BO A LA REPUBLICA DE BOLIVIA  
PROGRAMA SOBRE ESCUDO EPIDEMIOLOGICO BOLIVIANO Y  
APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

El Directorio Ejecutivo

**RESUELVE:**

1. Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Bolivia, como prestatario, para otorgarle un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento de un Programa sobre Escudo Epidemiológico Boliviano y Apoyo a la Reforma del Sector Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$45.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Bolivia, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.