

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BRASIL

**MODERNIZACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE LAS REDES DE SERVICIOS DE
SALUD DE BELO HORIZONTE – MEJOR SALUD BH**

(BR-L1519)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Ian Mac Arthur (SPH/CBR), Jefe de equipo; Marcia Rocha (SPH/CBR), Jefe de equipo alterno; Pablo Ibararán (SCL/SPH); Maria del Carmen Hernández Ruiz (SCL/SPH); Gianluca Cafagna (SCL/SPH); Francisco Ochoa (SPH/CBR); Luz Fernandez Garcia (CSD/CCS); Julio Rojas (VPS/ESG); Betina Henning (LEG/SGO); David Salazar y Leíse Villela (FMP/CBR); Yuka Maekawa (CBR/CBR); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).

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

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	11
C. Indicadores Claves de Resultados.....	12
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	13
A. Instrumentos de Financiamiento	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales	14
C. Riesgos Fiduciarios	15
D. Otros Riesgos del Proyecto	15
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	16
A. Resumen de los Arreglos de Implementación.....	16
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	18

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

ENLACES ELECTRÓNICOS
REQUERIDOS
1. Plan de Ejecución Plurianual (PEP) / Plan Operativo Anual (POA)
2. Plan de Monitoreo y Evaluación
3. Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)
4. Plan de Adquisiciones
OPCIONALES
1. Análisis Económico del Proyecto
2. Financiamiento Climático
3. Filtros Ambientales
4. Borrador del Reglamento Operativo

ABREVIATURAS	
AAS	Análisis Ambiental y Social
APP	Asociación Público-Privada
APS	Atención Primaria en Salud
BH	Belo Horizonte
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEL	Comisión Especial de Licitación
DATASUS	Departamento de Informática de SUS
CERSAM	Centros de Referencia de Salud Mental
EC	Enmienda Constitucional
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EFA	Estados Financieros Anuales Auditados
ESF	Estrategia de Salud de la Familia
HOB	Hospital Odilon Behrens
IDHM	Índice de Desarrollo Humano Municipal
IVS	Índice de Vulnerabilidad de Salud
MR	Matriz de Resultados
MS	Ministerio de Salud
OE	Organismo Ejecutor
PA	Plan de Adquisiciones
PEP	Plan Plurianual de Ejecución
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Informe de Monitoreo del Proyecto
POA	Plan Operativo Anual
RAS	Redes de Atención en Salud
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SISREDE	Sistema de Información de Salud en Red
SMFA	Secretaría Municipal de Hacienda, según siglas en portugués
SMSA	Secretaría Municipal de Salud
SUALOG	Subsecretaría de Administración y Logística
SUDECAP	Superintendencia de Desarrollo de la Capital
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidad Básica de Salud
UGP	Unidad de Gestión del Proyecto
UPA	Unidad de Atención Urgente

RESUMEN DEL PROYECTO
BRASIL
MODERNIZACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE BELO HORIZONTE
MEJOR SALUD BH
(BR-L1519)

Términos y Condiciones Financieras				
Prestatario: Municipio de Belo Horizonte			Facilidad de Financiamiento Flexible^(a)	
Garante: República Federativa del Brasil			Plazo de amortización:	25 años
Organismo Ejecutor (OE): Municipio de Belo Horizonte, por medio de la Secretaria Municipal de Salud			Período de desembolso:	5 años
			Período de gracia:	5,5 años ^(b)
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en LIBOR
BID (Capital Ordinario):	56.000.000	80	Comisión de crédito:	(c)
			Comisión de inspección y vigilancia:	(c)
Local:	14.000.000	20	Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años ^(d)
Total:	70.000.000	100	Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América con cargo al Capital Ordinario (CO)
Esquema del Proyecto				
Objetivo del proyecto/descripción: El programa tiene como objetivo contribuir para mejorar la salud de la población mediante el aumento del acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud del Municipio de Belo Horizonte.				
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que el Reglamento Operativo del Programa (ROP) haya sido aprobado, conforme a los términos acordados con el Banco; (ii) que los siguientes miembros de la Unidad de Gestión del Proyecto (UGP), creada en el ámbito del OE, hayan sido designados: coordinador general, coordinador ejecutivo y especialistas técnico-ambiental, administrativo-financiero, en monitoreo y evaluación, y en adquisiciones; y (iii) que la Comisión Especial de Licitaciones del Proyecto haya sido creada (¶3.6).				
Condiciones contractuales especiales de ejecución: Ver el Anexo B del Informe de Gestión Ambiental y Social (EER#3).				
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.				
Alineación Estratégica				
Desafíos^(e):	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>
			EI	<input type="checkbox"/>
Temas Transversales^(f):	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input checked="" type="checkbox"/>
			IC	<input type="checkbox"/>

^(a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

^(b) Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

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

^(d) La VPP original del préstamo podrá ser menor dependiendo de la fecha de firma del contrato de préstamo.

^(e) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

^(f) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

1. Condiciones sociales y de salud

- 1.1 **Contexto económico-social.** Belo Horizonte (BH) tiene una población estimada de 2,5 millones de habitantes y posee el cuarto Producto Interno Bruto (PIB) más grande entre los municipios brasileños. La región metropolitana de BH concentra alrededor de 44% del PIB y 28% de la población del Estado de Minas Gerais. A pesar de su gran representatividad económica, BH presenta fuertes disparidades en sus indicadores sociales, con un Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) que varía entre 0,955 y 0,597¹. Asimismo, en términos del Índice de Vulnerabilidad de Salud (IVS)², entre los nueve distritos sanitarios municipales, 47,5% de los hogares del distrito sanitario más vulnerable (Norte) tienen elevado o muy elevado IVS, comparado con solamente el 12,8% en el distrito menos vulnerable (Noroeste).
- 1.2 **Avances en salud.** La expectativa de vida en BH subió entre 2000 y 2010 de 72,0 a 76,4 años, por encima del valor para el país (73,3 años). Se ha conseguido bajar la tasa de mortalidad infantil de 34,6 muertes por mil nacidos vivos en 1993 a 9,3 en 2016³. La mortalidad materna también tiende a reducirse, pasando de 92,5 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1998 a 37,9 muertes en 2016, pero aún existe espacio para mejorar la atención perinatal en términos de calidad y del acceso de grupos vulnerables⁴. La cobertura de las principales vacunas en menores de un año varía entre 85% a 98%, dentro de los rangos necesarios para el control de epidemias.
- 1.3 **Perfil epidemiológico-mortalidad.** Una consistente reducción en las tasas de natalidad y fecundidad y el incremento en la expectativa de vida están resultando en una población más envejecida. El porcentaje de la población con 65 o más años creció de 4,7% a 8,7% entre 1991 y 2010. Esta rápida transición demográfica viene acompañada por un aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en la carga de morbilidad. En 2016 las ECNT fueron responsables de aproximadamente 3 de cada 4 muertes, liderado por enfermedades del aparato circulatorio (23,4%), neoplasias (20,6%), y enfermedades respiratorias (11,0%). Las enfermedades comunicables y materno-infantiles incurrir solamente al 13% de las muertes. Asimismo, las causas externas (accidentes, agresiones, etc.) corresponden al 10% de las muertes⁵. Las desigualdades en las condiciones de salud por la situación socioeconómica de la población de BH se expresan en indicadores como la mortalidad post-neonatal, cuyo riesgo es 2,5 veces mayor entre las áreas de IVS elevado y muy elevado.

¹ Atlas de Desarrollo Humano en Brasil. 2013. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), *Fundação João Pinheiro* (FJP).

² El IVS está compuesto de indicadores de saneamiento, vivienda, educación, ingreso, social y condiciones urbanas. *Prefeitura Belo Horizonte. 2013. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012. Belo Horizonte.*

³ Con la reducción de la desnutrición y las enfermedades infecciosas, parasitarias, y respiratorias, principales causas de la mortalidad post-neonatal, se incrementaron relativamente las causas de muertes neonatales, incluyendo la prematuridad, la asfixia durante el parto y las infecciones neonatales.

⁴ Entre las principales causas de la muerte materna están el síndrome hipertensivo (preclamsia) y la hemorragia posparto.

⁵ Esta cifra es preocupante ya que la mayoría de las muertes son prematuras y, en principio, evitables.

- 1.4 **Morbilidad.** Considerando hospitalizaciones como proxy para morbilidad, entre las condiciones más relevantes del periodo 2012-2016 se encuentran causas externas, enfermedades del aparato circulatorio y neoplasias, todas con tendencia creciente, así como enfermedades infecciosas causadas, en 2016, por una epidemia de dengue. Los trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión son una causa importante de morbilidad y puede afectar hasta 16% de la población con 15 años o más de edad⁶, con prevalencia más alta entre las mujeres, personas con menor educación e ingreso, y aquellos que tienen deficiencias y enfermedades crónicas. La tasa de estas condiciones entre personas atendidas en centros de atención primaria, en cuatro grandes capitales brasileñas era por encima de 50%⁷.
- 1.5 **Los desafíos de salud.** En sus indicadores sociosanitarios, BH presenta los contrastes y dualidades característicos de una gran urbe diversificada. Aunque de modo general las condiciones de vida (IDHM, IVS, mortalidad materno-infantil) han mejorado, los rezagos en algunos distritos sanitarios son notables, y nuevos retos se intensifican, incluyendo las ECNT asociadas al envejecimiento, la salud mental, el déficit de atención materno-infantil en algunos grupos, las lesiones resultantes de los accidentes y violencia, y las enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes⁸.

2. Desafíos en la provisión de servicios

- 1.6 **El Sistema Único de Salud (SUS).** El SUS de Brasil fue creado por la Constitución de 1988 y reglamentado en 1990. El sistema prevé acceso integral y universal a los servicios de salud, cogestionados entre el Ministerio de Salud (MS), estados y municipios. Al MS cabe la rectoría nacional de la política, a los estados la integración de servicios entre regiones y la provisión complementaria de servicios más complejos, y a los municipios, responsabilidad directa de los servicios a la población, siendo proveedores exclusivos de la Atención Primaria en Salud (APS).
- 1.7 BH fue una de las capitales pioneras en la implementación del SUS en el país. Desde el inicio de los años '90, el Municipio es responsable por gestionar la planificación, contratación, pagos y control de todos los servicios de salud en su territorio. En el ámbito de su macro planificación estratégica, desde 2009 BH organiza sus servicios de salud por medio de un modelo de Redes de Atención en Salud (RAS), de base territorial (reconociendo perfiles distintos de población y, por ende, de oferta de servicios diferenciados), destacando la APS como elemento central para la eficiencia de RAS⁹. Con este marco de políticas, BH avanzó en la expansión de la cobertura de servicios y cuenta actualmente con una oferta de salud pública amplia y compleja¹⁰. Sin embargo, dada las fuertes presiones

⁶ *Coordenação de Epidemiologia e Informação –CEInfo. 2017. Boletim ISA Capital 2015, Nº 13, 2017: Transtornos mentais comuns na cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde.*

⁷ Almeida et.al. 2014. Estudio brasileño multicéntrico de trastornos mentales comunes en atención primaria: prevalencia y factores sociodemográficos relacionados. *Caderno de Saúde Pública* 30(3): 623-632.

⁸ Dengue, Zika, Chikunguña y Leishmaniosis visceral son de mucha importancia desde la perspectiva de la vigilancia de salud y control de las epidemias.

⁹ Teixeira MG, Rates SSM, y Ferreira JM. 2012. *O Coletivo de uma Construção: o Sistema único de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Rona Ed. Ltda.*

¹⁰ La red municipal de atención en salud está compuesta de 152 centros de salud, 9 unidades de atención urgente, 9 centros de especialidades médicas, 5 unidades de referencia secundaria, 29 hospitales, 15 unidades de apoyo, diagnóstico y terapia, 13 centros de atención psicosocial, 77 gimnasios de salud, 588 equipos de salud de la familia, y 302 equipos de salud bucal.

causadas por la elevada y creciente carga de ECNT¹¹ y a las limitaciones presupuestales¹², esta red de servicios enfrenta desafíos para responder a estos nuevos escenarios.

- 1.8 **La atención primaria.** En el SUS, la APS debe funcionar como puerta de entrada y articuladora de las RAS en territorios definidos¹³. En BH la APS se estructura bajo el modelo de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)¹⁴ y cuenta con 588 equipos¹⁵ ESF distribuidos en el territorio según criterios de riesgo socioeconómicos de la población¹⁶, con fuerte enfoque en la prevención y promoción a la salud¹⁷. El municipio ha expandido gradualmente la cobertura de la APS hasta llegar a más de 80% de la población. Sin embargo, hay retos importantes para que la red de APS pueda sostener esta amplia cobertura y el volumen de servicios, con la calidad y eficiencia requeridas. La infraestructura de red actual de Unidades Básicas de Salud (UBS) —centros de salud— es antigua y cerca de 75% de las UBS están instaladas en edificaciones impropias. Además, sus equipamientos médicos se encuentran deteriorados y/u obsoletos¹⁸. Estos factores afectan el acceso y la calidad de los servicios. Como ejemplo de ello, se presenta la alta tasa de incidencia de sífilis congénita, de 10,7 por 1.000 nacidos vivos, superior al promedio nacional, de 6,8¹⁹. Estudios también revelan que 51,3% de las embarazadas infectadas por sífilis fueron detectadas tardíamente (después del primer trimestre), revelando fallas en el acceso a servicios prenatales de calidad²⁰. Asimismo, en 2017 las hospitalizaciones que podrían haberse evitado con una adecuada atención básica sumaron 30% del total, corroborando la existencia de significativos márgenes de mejora en la APS.
- 1.9 La APS, centro de la organización de las RAS, es responsable por un volumen importante de servicios directos y de transacciones de coordinación con demás niveles de atención. En BH, se realizan aproximadamente 319.000 consultas por mes en las UBS y 252 mil visitas domiciliarias por mes por parte de los agentes de salud y de vigilancia de salud. Todos estos datos de acompañamiento, manejo clínico y de vigilancia se ingresan en el sistema oficial nacional de información (e-SUS), pero todavía fuera del patrón de prontuario clínico individualizado y las

¹¹ Entre 2008 y 2017 las hospitalizaciones subieron el 15%, y la producción ambulatoria 53%, mientras que de 2014 a 2017 los recursos financieros aplicados se mantuvieron constantes en términos nominales.

¹² Estudios demuestran los [impactos de la crisis económica sobre la recaudación municipal](#).

¹³ Vilaça Mendes, E. 2011. *As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)*: Brasília.

¹⁴ La evidencia muestra que la Estrategia Salud Familiar es la más eficiente para la APS en Brasil. Macinko J, et al. 2006. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health* 60(1): 13-9; y Macinko J, et al. 2007. *Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Social Science and Medicine* 65(10): 2070-80.

¹⁵ Los equipos básicos de ESF son compuestos de un médico, un enfermero, agentes comunitarios de salud, un asistente y/o técnico en enfermería. Los equipos completos cuentan también con un dentista, un auxiliar de odontología y/o un técnico de salud bucal.

¹⁶ Se aplican los criterios IVS.

¹⁷ Desde 2005, en BH, los espacios para actividades físicas fueron incorporados al modelo de APS, alineados con la Política Nacional de Promoción a la Salud (PNPS) cuando fueron implantadas los gimnasios de salud, que son gimnasios públicos que cuentan con infraestructura, equipamientos y profesionales calificados para orientar en esas actividades. Fernandes et al. 2017. *Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12): 3903-14.

¹⁸ Levantamiento completado por la Gerencia de Atención a la Salud de la SMSA de BH.

¹⁹ DATASUS 2016.

²⁰ Nonato et al. 2015. *Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde* 24(4): 681-694.

informaciones de registro, en el Sistema de Información de Salud en Red (SISREDE). Por su parte, el SISREDE fue desarrollado en 2002 en una tecnología actualmente obsoleta, que presenta fallas y altos costos de mantenimiento, y no tiene opción de agregar nuevas funcionalidades para substituir trabajos manuales en aras de asegurar mayor confiabilidad y agilidad en la consolidación de los datos.

- 1.10 **La vigilancia sanitaria.** Para resguardar logros del primer nivel de atención como las altas tasas de vacunación, la red de frío es un elemento crucial para garantizar la seguridad de los inmunobiológicos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MS. En 2017, se registró una pérdida de hasta 25% de una determinada vacuna en el municipio, demostrando el alto impacto del almacenaje impropio, realizados en equipamientos antiguos, con averías y fallas constantes en su funcionamiento. Asimismo, la reducción de zoonosis relevantes como la leishmaniosis visceral, necesita la ampliación del control del vector y el reservorio²¹ en las áreas de mayor incidencia. El trabajo de vigilancia en salud y control de vectores de los equipos de salud familiar fue importante para limitar las epidemias de dengue y virus del Zika en 2016. Por su parte, en 2016 la vigilancia sanitaria efectuó más de 44.000 inspecciones de establecimientos para fiscalizar a los servicios prestados al público, pero se identificó un cuello de botella importante en el procesamiento de las informaciones de forma manual, contribuyendo a errores y a la demora de liberación de los permisos de funcionamiento, lo que perjudica las operaciones de los negocios en la ciudad.
- 1.11 **Atención especializada de media complejidad.** En el contexto del modelo de RAS, es necesario fortalecer el nivel de atención especializada para garantizar la continuidad del cuidado y aumentar la efectividad del sistema de salud. En BH, la atención de media complejidad es coordinada por la atención primaria y provee consultas especializadas, exámenes diagnósticos y procedimientos ambulatorios, consolidando así la integralidad de la atención. En los últimos años, se ha generado un desequilibrio entre la demanda y oferta de servicios en este nivel de atención debido a la ampliación de la atención básica, al incremento a la demanda de la atención especializada referida²², y a la mayor prevalencia de las ECNT y las enfermedades mentales, que requieren tratamientos longitudinales, demandando consultas y terapias especializadas. La sobrecarga de los servicios especializados puede ser demostrada por las filas de espera, por ejemplo, de cerca de seis meses, para acceder a exámenes de endoscopia digestiva y de 15 meses para una consulta de reumatología. Otro factor de presión sobre este nivel de atención se refiere a la limitada capacidad resolutive de la APS²³, que acaba derivando demandas innecesarias a la atención especializada, generando ineficiencias y sobreutilización de estos servicios.

²¹ Estudios de la Universidad Federal de Minas Gerais indican que aproximadamente 50% de la incidencia de la leishmaniosis visceral proviene de la transmisión por parte de insectos flebótomos que han picado a perros y gatos callejeros infectados y después a humanos. La SMSA ha adoptado una política de vacunación y de castración de estos animales como mecanismo de reducción del potencial “reservatorio” de infección.

²² Vilaça Mendes, E. 2012. *Las condiciones Crónicas em la Atención Primaria de la Salud: La Necesidad Imperiosa de Consolidar la Estrategia de Salud de la Familia*. Brasília: OPAS, OMS y CONASS.

²³ La APS debe cumplir un rol relevante en el manejo de la morbilidad general, control y seguimiento de pacientes crónicos y provisión de cuidados paliativos, reduciendo la demanda de atención especializada (Comin-Colet et. al. 2014. Eficacia de un programa integrado, hospital-atención primaria para la insuficiencia cardíaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Revista Española de Cardiología* 67(4): 283-93).

- 1.12 Finalmente, otro aspecto relevante para el buen funcionamiento de las RAS, se relaciona con la racionalización de la oferta de salud, dado que se identifican pérdidas importantes de la oferta de procedimientos y consultas por absentismo, lo que se debe muchas veces al frágil mecanismo de la Secretaría Municipal de Salud (SMSA) de registro, comunicación y confirmación de las citas agendadas. Aunque se consiguió reducir la tasa de no cumplimiento de consultas por parte de los pacientes de 27,6% en 2012 a 19,2% en 2017, persiste la oportunidad de seguir mejorando la eficiencia y la capacidad del sistema de gestión de citas.
- 1.13 **Salud mental.** La reforma psiquiátrica en Brasil, iniciada a finales de la década de los '80, introdujo una serie de directrices para el cuidado del paciente con trastornos mentales, en las cuales se destaca la creación de los servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico. En BH estos servicios se denominan Centros de Referencia de Salud Mental (CERSAM)²⁴ y fueron creados para atender las emergencias y crisis. Los CERSAM actúan de forma regionalizada y jerarquizada, viabilizando el seguimiento del tratamiento una vez superada la crisis. BH posee una amplia red psicosocial regionalizada²⁵ que, para hacer frente a la demanda actual y futura, necesita de inversiones en su infraestructura. Los CERSAM en las regiones de Venda Nova y Oeste, ambos ubicados en áreas de alta vulnerabilidad social, presentan serios problemas en sus instalaciones, inviabilizando atender a la alta demanda de servicios (cerca de 1.200 consultas por mes), brindados en esquema de 24 horas de funcionamiento. La falta de condiciones físicas adecuadas para atender pacientes psiquiátricos es una de las causas para la discontinuidad del tratamiento, generando sobre costos para el sistema y bajos resultados sanitarios²⁶.
- 1.14 **La red de atención a las urgencias y emergencias** consiste en nueve Unidades de Atención Urgente (UPA, según siglas en portugués) y departamentos de urgencias en siete hospitales apoyados por 38 unidades de Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU). La calidad del servicio de urgencia es un determinante de vida o muerte, pero en BH las UPA se encuentran sobre-congestionadas, en parte por dificultades en transferir casos graves a los hospitales de referencia²⁷. La permanencia de estos casos reduce la posibilidad de resolver urgencias de baja complejidad que pueden agravarse debido a la demora, e incrementan costos. Asimismo, se ha vuelto común por parte de la población acudir a las UPA, que funcionan 24 horas al día para problemas de salud que podrían ser resueltos por la atención primaria. Alrededor de 85% de la demanda se categoriza como no urgente en el Protocolo de Manchester y, de hecho, solamente 3,4% de los casos generan una solicitud de internación hospitalaria²⁸. Es necesario mejorar la capacidad resolutoria y eficiencia de funcionamiento de las UPA, en coordinación con la atención básica y hospitalaria, para subsanar las dificultades identificadas.
- 1.15 **Atención hospitalaria.** La red hospitalaria de BH está compuesta por 29 hospitales filantrópicos, propios y privados que prestan servicios contratados. Se realizan 19.000 internaciones mensuales, en promedio, en un conjunto de

²⁴ Los CERSAM son similares a los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), previstos en la red de salud mental, bajo la directriz del MS.

²⁵ BH cuenta con 8 CERSAM, 4 CERSAM Alcohol y Drogas, 3 CERSAMI (Infanto-Juvenil), 2 unidades de acogimiento, 33 residencias terapéuticas, donde actúan 58 equipos de salud mental.

²⁶ Oliveira et al. 2008. *Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, upas* Revista de Saúde Pública 42(4): 707-16.

²⁷ Más de 40% de los procesos de solicitud de hospitalización llevan más de dos días para concluirse.

²⁸ SMSA. 2018. Panel de Indicadores Estratégicos. Belo Horizonte.

5.665 camas²⁹, siendo 44% de la demanda proveniente de otros municipios. Sin embargo, por falta de capacidad también se tienen que recusar 1.825 solicitudes externas mensuales. Asimismo, para atender a toda la demanda reprimida de la macro-región central del Estado, se tendrían que disponer de aproximadamente 1.600 camas adicionales³⁰. En 2016 se hicieron 34.510 cirugías electivas, pero la fila de espera era de 28.246 pacientes en 2017 y puede llegar a casi 50.000³¹. La eficiente gestión de la demanda para mejorar la utilización de los recursos disponibles exige una regulación de acceso para camas hospitalarias, cirugías electivas, consultas y pruebas diagnósticas especializadas. Actualmente, BH cuenta con sistemas de información para la regulación, desarrollados por el MS o la empresa de procesamiento de datos del municipio. No obstante, estas herramientas están tecnológicamente desactualizadas y presentan problemas asociados con las tecnologías requeridas para los controles de seguridad y calidad de los datos. Por tal motivo, para incrementar el acceso a la atención hospitalaria es necesario, no solamente ampliar la capacidad, sino también utilizar más eficientemente la oferta instalada. Finalmente, hay margen para mejorar la calidad de la atención hospitalaria, evidenciado por el regular desempeño en indicadores como la tasa de infección del flujo sanguíneo asociada a catéter venoso central en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que alcanza 7,7 infecciones por 1.000 catéter venoso central-día³².

- 1.16 **Hospital Municipal Odilon Behrens.** Además de fortalecer la gestión de la oferta de camas en la red hospitalaria, el Municipio necesita incrementar la capacidad de su más importante Hospital Odilon Behrens (HOB), que ejerce un rol clave en las redes de atención, siendo servicio principal de referencia de media y alta complejidad para el Municipio y para la macro-región de salud³³, además de ser un hospital escuela, responsable por programas de residencia para más de 250 médicos y otros profesionales. El HOB posee 530 camas, distribuidas en diversas clínicas (cirugía, clínica, obstetricia, pediatría, entre otras) y realiza un promedio anual de 15.000 cirugías (incluyendo ambulatorias), cerca de 20.000 internaciones anuales y un promedio mensual de 27.000 consultas (siendo 60% de urgencias). No obstante, para mantener este volumen de servicios y seguir siendo la más importante referencia hospitalaria de la capital y su macro-región, el HOB necesita de renovación de su parque tecnológico, ya obsoleto y depreciado, lo que compromete el acceso y la calidad de sus servicios.
- 1.17 Asimismo, el HOB es un importante servicio de referencia para la atención al parto de alto riesgo en la red materno-infantil en la macro-región Centro, y de riesgo habitual para 30% de las gestantes del Municipio de BH. Las demandas actuales generan sobreocupación en los servicios, lo que pone en riesgo a las gestantes y a los recién nacidos. El hospital actual funciona con equipamiento desactualizado que no cumple con las actuales normas sanitarias.
- 1.18 **Calidad y eficiencia en la gestión de las redes de salud.** La SMSA como rector del sistema de salud tiene algunas funciones claves, incluyendo el procesamiento

²⁹ En cuatro años esta cantidad se ha mantenido casi sin incremento.

³⁰ El presente programa no financiará directamente la instalación de nuevas camas, pero contribuirá a la eficiencia hospitalaria, que puede ayudar a reducir la mencionada brecha.

³¹ El tiempo promedio de espera de cirugías electivas era de 222 días en 2017.

³² Para referencia, la Sociedad de Cuidados Intensivos de Australia y Nueva Zelanda tiene meta de mantener esta tasa por debajo de una infección/1.000 catéter venoso central – día.

³³ El Estado de Minas Gerais cuenta con 13 macro-regiones de salud y BH, su capital, pertenece a la Macro-región Centro, con una población de 6.200.000 habitantes.

y análisis de datos para la formulación de políticas, la promoción de la eficiencia a través de la mejoría de procesos internos, y la gestión de la calidad³⁴. En general, en todos los niveles de atención los sistemas de información que apoyan la gestión de la SMSA son anticuados y dependen en muchas ocasiones de procedimientos y archivos manuales. Además, están sujetos a fallas que ponen en peligro la fidelidad de los datos. Estos factores resultan en el seguimiento precario de los pacientes, el mal manejo de las ECNT, sobreposición de atenciones y baja racionalidad del sistema. Por otra parte, falta un sistema de centros de costos estandarizados en las unidades de salud que podría contribuir a una mejor gestión³⁵. Finalmente, no existen mecanismos sistemáticos para proporcionar herramientas e incentivos para elevar la calidad de los servicios, como la acreditación de servicios de salud y la certificación de calidad³⁶.

3. Estrategia del proyecto

- 1.19 **Respuesta de BH a los desafíos de salud.** Considerando los múltiples retos que el municipio enfrenta en el campo de salud en un contexto de recursos limitados³⁷, el Gobierno Municipal de BH solicitó al Banco apoyo para financiar inversiones claves en el marco del Plan Municipal de Salud 2018-2021.
- 1.20 Las intervenciones del programa se alinean con los objetivos de los principales ejes de este plan: (i) ampliar y fortalecer las redes de atención, partiendo de la atención primaria, promoviendo mejoras en la infraestructura; (ii) prevenir y reducir riesgos a la salud por medio de la integración de la vigilancia y promoción; (iii) afinar los servicios de salud especializados; (iv) reforzar los servicios de urgencia y emergencia y atención hospitalaria; y (v) impulsar la modernización de la tecnología y la gestión. El programa también apunta a atender a las prioridades de aumento de la calidad de los servicios de salud y de la eficiencia del gasto.
- 1.21 **Atención básica como eje estructurador.** Comparado con algunos de los grandes municipios que adhirieron tardíamente a la ESF y presentan coberturas poblacionales de entre 35%-55%, BH se sitúa favorablemente con una atención básica que alcanza a más de 80% de su población. No obstante, para permitir que los equipos de ESF en BH desarrollen adecuadamente su labor se requiere reforzar la red de centros de salud a través de obras de reforma y construcción de varios de ellos, así como la renovación del equipamiento médico de la mayoría. La vigilancia sanitaria es una función esencial de la atención básica para detectar, prevenir, y controlar las epidemias, y la SMSA tiene que modernizarla con la dotación de equipamiento para asegurar la integridad de la cadena de frío y la

³⁴ Es relevante notar que una revisión de la literatura internacional (incluyendo a Brasil) sobre los proyectos de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud, revela determinadas ventajas en variables como el plazo de construcción, eficiencia hospitalaria, satisfacción de los usuarios, entre otros. Ver Alonso, et.al. 2015. Menos cuentos, más evidencia: APP en la literatura científica. Nota Técnica No. IDB-TN-882. Banco Interamericano de Desarrollo: Washington DC.

³⁵ Ver, por ejemplo: McGlynn EA. 2008. *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. AHRQ Publication No. 08-0030. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

³⁶ Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. 2015. *A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects*. *BMC Health Services Research* 15(1): 1-10.

³⁷ La Enmienda Constitucional (EC) 29/2000 estableció que los estados dedicaran por lo menos 12% de sus ingresos tributarios anuales al financiamiento de salud, y los municipios, 15%. Asimismo, la EC 95/2016 creó un techo de gasto para el gobierno federal en salud al vincular el monto del presupuesto anual al gasto primario del ejercicio anterior ajustado por la inflación. Mientras los recursos del estado y la unión en el financiamiento han disminuidos desde 2014, BH incrementó la ejecución de su ingreso corriente en salud de 21,8% en 2015 a 23,7% en 2017. Por otra parte, la capacidad de inversión del municipio cayó de 4,3% del gasto en 2014 a 0,3% en 2017.

informatización y comunicación de datos. El monitoreo de epidemias e investigación de casos, así como el registro de inmuebles y establecimientos se beneficiaría de la adopción de tecnologías informatizadas geoespaciales para mejorar la calidad, efectividad y eficiencia de los análisis, la planificación y la ejecución de acciones. Todas estas intervenciones están siendo incorporados en el presente programa.

- 1.22 **Capacidad incrementada de la atención especializada.** Debido a su alto costo, es crítico que los servicios especializados funcionen de forma integrada con la atención básica para maximizar su eficiencia. La SMSA viene desarrollando e implementando protocolos clínicos y líneas de cuidado, y capacitando los servidores de salud para fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia, la capacidad diagnóstica, y la aplicación de procedimientos conforme las normas clínicas³⁸. La modernización de los sistemas de solicitud y gestión de consultas y pruebas también ayudarían a corregir el desbalance entre la demanda y la oferta. Aun así, el hecho de que la cobertura de la ESF en BH es tan alta sugiere que, comparado con otros contextos, una parte razonable de las consultas de la atención especializada son correctamente referidas desde la atención primaria. Para servir a la demanda no atendida, la SMSA propone la expansión de la oferta de servicios, abarcando inversiones en infraestructura y equipamientos. Con el apoyo del programa se prevé la renovación de equipamiento médico en todas las unidades especializadas en funcionamiento y la reconstrucción y equipamiento de dos centros de atención de salud mental. En cuanto a la mejoría de los sistemas de información, un paso fundamental sería la sustitución de parte de la infraestructura tecnológica.
- 1.23 **Servicios de urgencia y emergencia optimizados.** Para aminorar las presiones sobre el sistema de atención urgente, es necesario perfeccionar los procesos de derivación de casos de bajo riesgo a la atención primaria, implantar protocolos clínicos actualizados, capacitar a los profesionales en estas materias, e informatizar los sistemas de gestión administrativos y asistenciales. Asimismo, se tiene que recuperar algunas UPA a través de la reconstrucción y ampliación de su infraestructura y la sustitución de equipamientos. El programa abarca varios de estos abordajes que no solamente fortalecerá las UPA, también repercutirán positivamente sobre la atención básica y hospitalaria.
- 1.24 **Expansión y potencialización de servicios hospitalarios estratégicos.** Considerando el rol fundamental del HOB en la red municipal de servicios de salud de BH, se reemplazará su equipamiento médico obsoleto y proveerá el equipamiento requerido para su nuevo servicio de maternidad. Por otra parte, con recursos de la contrapartida se financiará la operación del Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro bajo un contrato de Asociación Público-Privada (APP)³⁹.

³⁸ *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: The National Academies Press.*

³⁹ Se trata de un hospital general de retaguardia para urgencia y emergencia, especialmente para accidente cerebrovascular y trauma, y especialidades de clínica médica, urología, ortopedia, cirugía general, neurocirugía y neurología. Fue construido en una región de elevado IVS, con una gran incidencia de accidentes y lesiones de violencia y falta de servicios de salud. El contrato de APP asignó al actor privado la responsabilidad para la obra civil, equipamiento y mobiliario clínico y administrativo, y provisión de servicios de apoyo (bata gris). El hospital se encuentra en fase de operación con 100% de los servicios previstos y la totalidad de los recursos de contrapartida contribuirán a financiar la contraprestación mensual pagada al consorcio contratado.

- 1.25 **Modernización e integración de sistemas de información.** Se propone sustituir los sistemas informatizados actuales de la asistencia primaria, secundaria, hospitalaria y de regulación de la red. El nuevo sistema permitirá reducir las transacciones manuales de verificación y compilación de datos, y corregir fallas frecuentes que generan diversos trastornos y desperdicios en las actividades de atención a la salud. Se prevé también la adquisición de infraestructura de informática necesaria para el uso del sistema, como las computadoras, servidores, puntos de red, etc. La solución integrada de tecnología de información también abarca la modernización del registro electrónico del paciente, contemplando el conjunto de actividades de atención realizadas rutinariamente por los equipos multiprofesionales. Además, se desarrollarán e implantarán nuevos módulos ambulatorios y hospitalarios del sistema de regulación de acceso.
- 1.26 **Adopción de nuevas herramientas de gestión.** Para permitir mayor eficiencia en la utilización de recursos, la SMSA proporcionará a las unidades de salud un sistema de gerenciamiento de costos. Se espera que éste facilitará la identificación de actividades y procesos cuyo rediseño podría generar ahorros. Al mismo tiempo, se embarcará en una iniciativa de mejora de la calidad de servicios asistenciales por medio de un proceso de certificación que involucra asistencia técnica para prepararlos para el cumplimiento de estándares predeterminados, seguido por la medición independiente de los mismos.
- 1.27 **Lecciones aprendidas y operaciones relacionadas.** Este programa se suma a la cartera de cinco operaciones de salud del Banco en ejecución en Brasil (3051/OC-BR; 3262/OC-BR; 3703/OC-BR; 2586/OC-BR; y 3400/OC-BR) y a dos en fase de preparación -Programa de Reestructuración y Mejora de la Calidad de las Redes Asistenciales en la Ciudad de São Paulo- Avanza Salud SP (BR-L1429) y Proyecto de Mejora del Modelo de Atención de la Red de Salud de Paraíba (BR-L1518), con las cuales comparte objetivos y estrategias de intervención similares. Estas operaciones han aportado lecciones relevantes que son incorporadas en el diseño de este programa, entre las que se destacan las siguientes: (i) la prioridad de reordenar los servicios en redes integradas, con foco en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, para aumentar así la prevención y la resolutivez, en un contexto de austeridad fiscal (Componentes 1 y 2); (ii) la importancia de contar con instrumentos para acompañar la trayectoria del paciente, especialmente la historia clínica electrónica, para reducir duplicidades y regular de forma eficiente el acceso a servicios de media y alta complejidad (Componente 3); y (iii) la relevancia de introducir mecanismos comprobados de racionalización de costos y mejora de la calidad de los servicios (Componente 3).
- 1.28 **Alineación estratégica.** El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con el desafío de inclusión social e igualdad mediante la expansión de servicios de salud de calidad para toda la población, para dar cuenta del peso de las ECNT. El programa también se alinea con las áreas transversales de: (i) igualdad de género y diversidad (GN-2800-8); y (ii) cambio climático y sostenibilidad ambiental mediante intervenciones en el área de salud materno-infantil y el uso de técnicas de construcción ambientalmente sostenibles, respectivamente. Adicionalmente, el programa prevé contribuir al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) a través del aumento de beneficiarios que reciben servicios de salud. Por otro lado, el programa está alineado con la Estrategia de

Infraestructura Sostenible para la Competitividad y el Crecimiento Inclusivo (GN-2710-5), dado que contribuirá con la inclusión social por medio de un mayor acceso a centros de salud, especialmente en las áreas del municipio de mayor necesidad socioeconómica. Asimismo, este programa está alineado con la Estrategia de País con Brasil 2016-2018 (GN-2850) a través del objetivo estratégico de ampliación y mejoramiento de la red de APS, contribuyendo a indicadores de éxito como reducción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria y de internaciones por diabetes mellitus y sus complicaciones en población de 30-59 años. También el programa está incluido en la actualización del Anexo III del Informe sobre el Programa de Operaciones de 2018 (GN-2915-2). Finalmente, el programa es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) al contribuir con la mejora de la infraestructura física y tecnológica de salud y con el fortalecimiento de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria municipal.

- 1.29 **Enfoque de género.** En relación con la alineación con la política de género mencionada anteriormente, serán implementadas actividades para la mejora de la atención materno-infantil (especialmente para el acompañamiento de la gestante de alto riesgo) y de manejo de enfermedades crónicas, tomando en cuenta diferencias biológicas y de roles de género en el cuidado de la salud. La Matriz de Resultados (MR) del programa acompañará el desempeño de algunos indicadores discriminados por género.
- 1.30 **Alineación cambio climático.** El programa está alineado con cambio climático por medio de la asignación de recursos a obras de UBS cuya técnica de construcción, *Light Steel Frame* ([EEO#2](#)), se considera una técnica constructiva ambientalmente sostenible al presentar las siguientes ventajas de eficiencia energética y ahorro de agua: construcción seca (economía de agua y energía); utilización de luminarias económicas y sensores de presencia; captación de agua pluvial para reutilización; aplicación de brises solares en aluminio en las ventanas para adecuada incidencia solar; fachada en colores claros; techos en metal con protección termoacústico y material blanco con baja absorción solar; aprovechamiento de iluminación y ventilación natural; utilización de material de construcción reciclable; y calefacción solar de agua. Aproximadamente el 23,6% de los recursos de la operación se invierten en actividades de mitigación al cambio climático, según la [metodología conjunta de los BMD de estimación de financiamiento climático](#)⁴⁰. Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin del año 2020.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.31 **Objetivo.** El programa tiene como objetivo contribuir para mejorar la salud de la población mediante el aumento del acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud del Municipio de BH. Se beneficiarán del programa todos los residentes de BH, especialmente 2,1 millones de personas del Municipio, usuarios del SUS, así como los usuarios del interior del Estado de Minas Gerais que acudan a la atención en BH. La operación cuenta con los siguientes cuatro componentes:
- 1.32 **Componente 1. Fortalecimiento de las redes de atención primaria y vigilancia en salud (BID US\$19,82 millones).** Este componente apoyará la

⁴⁰ <https://publications.iadb.org/handle/11319/8505>.

ampliación y mejoramiento de la calidad de los servicios de atención básica de salud para que funcionen como puerta de entrada y coordinador del cuidado, conforme la política nacional de redes de atención. También apoyará el fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, por medio de la modernización tecnológica y promoción de su integración con los demás servicios de salud. Se financiará, entre otras actividades, la construcción de aproximadamente 10 UBS y la adquisición de equipamientos y mobiliarios para la atención primaria y vigilancia en salud en las áreas del municipio de mayor necesidad socioeconómica, permitiendo así ampliar servicios y superar vacíos asistenciales y desigualdades de acceso. Se renovará el equipamiento deteriorado y obsoleto de la mayor parte de las unidades de la red de atención básica. La SMSA ya posee los diseños básicos de las obras y las especificaciones técnicas de los equipamientos a ser adquiridos. Para mantener los niveles de inmunización y la disponibilidad de insumos biológicos críticos⁴¹, se adquirirá equipamiento y construirá espacios adecuados de almacenamiento para la red de frío municipal, necesario para garantizar la conservación de las vacunas, sueros e inmunoglobulina desde el laboratorio hasta el usuario (almacenamiento, transporte, distribución).

- 1.33 **Componente 2. Consolidación e integración de servicios especializados, de emergencia, y hospitalarios (BID US\$18,40 millones; Local US\$14,00 millones).** El objetivo de este componente es reforzar servicios estratégicos para fortalecer la red diagnóstica de mediana y alta complejidad para que pueda resolver mejor las referencias del primer nivel de atención y las urgencias/emergencias. Se financiarán, entre otras actividades: (i) la construcción, reforma y equipamiento de cuatro UPA; (ii) la construcción de dos centros de atención de salud mental; (iii) dotación de equipamiento adicional y de reemplazo para varios servicios del HOB, y de las unidades especializadas; y (iv) el funcionamiento del hospital metropolitano Doutor Célio de Castro bajo el esquema de APP, por medio del financiamiento de la contraprestación mensual pagada al consorcio contratado con recursos de contrapartida local.
- 1.34 **Componente 3. Mejoramiento de la gestión, calidad y eficiencia de las redes integradas (BID US\$16,78 millones).** Este componente tiene como objetivo incrementar la calidad y eficiencia de gestión de los servicios de salud. Los recursos del programa financiarán, entre otras actividades: (i) la solución integrada de tecnología de información, incluyendo software, equipamientos y servicios; (ii) el proyecto de gerenciamiento estratégico de costos, calidad y eficiencia de los gastos en salud; y (iii) la gestión de la calidad y seguridad del paciente, por medio de la certificación de servicios y la aplicación de la metodología de mejoramiento continuo.
- 1.35 **Componente 4. Administración y evaluación del programa (BID US\$1,00 millón).** Las acciones de este componente consisten en la administración, gestión, evaluación, monitoreo y auditoría del programa.

C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.36 Se identificaron indicadores de impacto para la operación que están relacionados con el conjunto de intervenciones promovidas, así como indicadores de resultado vinculados más próximamente a los distintos componentes y servicios

⁴¹ La capacidad de almacenamiento en 2016 fue de 3,8 millones de unidades anuales y se espera duplicarla. Esto deberá mejorar la eficiencia en el manejo de los insumos y sus correspondientes costos.

beneficiados. Los indicadores de impacto son la tasa de mortalidad prematura por las ECNT y la tasa de hospitalizaciones prevenibles (sensibles a la atención primaria), diferenciados por género y cuyos valores deben reducirse con la implementación de las acciones del programa. Al nivel de indicadores de resultado se seleccionaron múltiples indicadores para dar seguimiento a los potenciales efectos de las líneas de inversión, entre los cuales se destacan los siguientes: (i) porcentaje de consultas médicas de atención primaria con solicitud de referencia a la atención especializada; (ii) tiempo promedio de espera para endoscopia; (iii) proporción de partos del HOB de gestantes referenciadas; y (iv) proporción de consultas registradas en el registro médico electrónico del paciente. Asimismo, se incorporó el indicador sectorial “número de personas que reciben servicios de salud” que contribuye a la medición de la meta del marco de resultados corporativos.

- 1.37 **Análisis económico.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la evidencia sobre la efectividad del modelo de cuidado mediante RAS. Con base en evidencia específica para Brasil, en el análisis económico se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del proyecto que incluyen: (i) ahorros en gasto hospitalario por reducción de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica; (ii) ganancias en productividad por la reducción de la morbilidad asociada con mayor cobertura y calidad de los servicios de las redes de salud; y (iii) ganancias por la implementación de las líneas de cuidado. El análisis cuantifica los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que se pueden ahorrar por la implementación de las inversiones en un contexto de redes integradas, analizando el aumento en cobertura efectiva y el tiempo que toma materializar los resultados. En el escenario base de cobertura efectiva, con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte de cinco años el Valor Presente Neto (VPN) del programa considerando una tasa de descuento del 3% es US\$43,9 millones y la Tasa Interna de Retorno (TIR) es 34,7%. Asimismo, los análisis de sensibilidad muestran que la ratio beneficio/costo en un horizonte de 10 años es superior a uno incluso en los escenarios menos favorables.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión específica con cargo a los recursos del Capital Ordinario del Banco, bajo la facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1). El período de desembolso será de cinco años⁴².

⁴² Se prevé una concentración de los desembolsos durante los primeros dos años del proyecto debido a los siguientes factores: (i) ya se cuenta con los diseños de las obras de las UBS, que permitirán licitar y adjudicar rápidamente los contratos de construcción; (ii) las obras de las UBS son sencillas y de rápida ejecución; (iii) ya se cuenta con las especificaciones técnicas de los equipamientos médicos a ser adquiridos; y (iv) para los equipamientos se puede aplicar el método de adquisición de adhesión al registro de precio que es bastante expedito.

Cuadro 1. Costos de la operación (US\$)

Componente	BID	Local	Total
Componente 1: Fortalecimiento de las redes de atención primaria y vigilancia en salud	19.820.000	0	19.820.000
Componente 2. Consolidación e integración de servicios especializados, de emergencia, y hospitalarios	18.400.000	14.000.000	32.400.000
Componente 3. Mejoramiento de la gestión, calidad y eficiencia de las redes integradas	16.780.000	0	16.780.000
Componente 4. Administración y evaluación del programa	1.000.000	0	1.000.000
TOTAL	56.000.000	14.000.000	70.000.000

Cuadro 2. Proyección de desembolsos (US\$)

Financiamiento	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID (CO)	9.403.793	26.891.962	13.344.931	3.573.252	2.786.062	56.000.000
SMSA (Local)	2.346.743	3.513.410	3.500.000	3.486.590	1.153.257	14.000.000
TOTAL	11.750.536	30.405.372	16.844.931	7.059.842	3.939.319	70.000.000
% BID	16,8	48,0	23,8	6,4	5,0	100

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 Conforme con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), la operación ha sido clasificada como Categoría B, ya que los riesgos e impactos socioambientales serán localizados y temporales, disponiéndose de medidas de mitigación efectivas y conocidas en el sector de construcción y de salud. Los riesgos e impactos negativos socio-ambientales principales de esta operación son los siguientes: (i) en la fase de construcción, la generación de residuos y escombros por las demoliciones y las construcciones, y otros impactos clásicos de obras civiles de esta envergadura tales como polvo, ruido, vibraciones, entre otros; y (ii) en la fase de operación, la generación de aguas residuales hospitalarias, desechos sólidos hospitalarios y exposición a infecciones de los pacientes, trabajadores y visitantes.
- 2.3 Las medidas de mitigación de éstos se definen en el Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) y con su implementación dichos riesgos e impactos serían mitigados. Considerando que ninguna de las obras estará expuesta a riesgo de desastres naturales significativos, se ha clasificado, de conformidad con la Política sobre gestión del riesgo de desastres (OP-704), el riesgo de desastre de la operación de tipo 1 como bajo; el riesgo tipo 2 no aplica para el programa. Se cuentan para el programa el Análisis Ambiental y Social (AAS) y el PGAS, cuya versión final se ha publicado en la página web del Banco. Asimismo, entre los días 19 y 24 de septiembre de 2018, se realizaron nueve reuniones correspondientes a una ronda de consultas públicas, las mismas han sido significativas y su resultado no hace necesario actualizar los documentos socioambientales.
- 2.4 Ninguna de las obras generará reasentamiento involuntario de personas o expropiaciones de terrenos. El AAS/PGAS ha confirmado que todas las obras se llevarán a cabo en facilidades y terrenos ubicados en propiedad pública, por lo que no está pendiente realizar proceso de adquisición de terrenos o predios. El tema de género ha sido incluido en los estudios realizados del programa, incluyendo la participación de grupos vulnerables en los beneficios del programa, la no restricción de la participación de la mujer en los trabajos durante la ejecución

y la operación de cada tipo de obra, y la participación libre de mujeres en las consultas de las obras del programa, en cumplimiento de la normatividad legal aplicable.

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.5 Durante la aplicación de la Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional (PACI) en el Taller de Riesgos se identificó el riesgo de nivel medio-alto de que, si hubiera desconocimiento de las políticas de adquisiciones y financieras del Banco por parte del Organismo Ejecutor (OE) y de las entidades involucradas (Superintendencia de Desarrollo de la Capital-SUDECAP, Procuraduría General del Municipio-PGM, Subsecretaría de Administración y Logística-SUALOG), hasta la misión de arranque del programa, podrían ocurrir retrasos en las adquisiciones y desembolsos en el primer año de ejecución del programa. Este riesgo se mitigará a través de las capacitaciones en las políticas fiduciarias del Banco, y gestión del conocimiento (fiduciario) para miembros de la Unidad de Gestión del Proyecto (UGP) y de las demás entidades participantes (§3.2 y §3.3).

D. Otros Riesgos del Proyecto

- 2.6 A través del Taller de Riesgos realizado durante la misión de análisis fueron identificados tres riesgos adicionales (una de Gestión Pública y Gobernabilidad y dos de Desarrollo, respectivamente) con clasificación medio-alta y alta y sus medidas de mitigación: (i) si hay una falta de alineación, comunicación y articulación entre los actores involucrados en el programa, podría ocurrir una demora en la toma de decisiones, en los tres primeros años, no alineadas a la planificación inicial del programa, provocando retraso en la ejecución de los Componentes 1, 2, y 3 en hasta seis meses (mitigación: elaborar, aprobar e implantar un plan de comunicación con los involucrados y promover reuniones estratégicas mensuales para alineamiento y toma de decisiones; (ii) si ocurren excepciones de orden de trabajo de la operación/unidad, o de orden asistencial, entre otras, en las reformas de las UPA 24 horas (tres unidades, Oeste, Venta Nova y Barreiro), podría paralizarse o reducirse el ritmo de ejecución de las obras de reforma, impactando en aumento de tiempo para finalizar las obras de 3 a 6 meses (mitigación: elaborar un plan de comunicación para la concientización de los funcionarios y usuarios finales de las UPA; y elaborar el Informe de Planificación de las obras para la contratista); y (iii) si no hay sincronismo entre la adecuación física y la adquisición de equipos médico-hospitalarios y muebles para las unidades de salud, podrían ocurrir retrasos en el cronograma de implantación de los Componentes 1, 2 y 3, lo que impactaría en un retraso de mínimo seis meses en las entregas de las unidades de salud (mitigación: planificación de las obras en sincronización con las adquisiciones de equipos, gestión periódica, elaboración de la EAP, y contratación con orden de fornecimiento flexible).
- 2.7 **Sostenibilidad.** La sostenibilidad y mantenimiento de las infraestructuras financiadas por el programa estarán asegurados por medio de la incorporación de recursos al presupuesto anual de la Directoría de Logística de la SMSA, específicamente a la Gerencia de Mantenimiento e Ingeniería Clínica. La técnica constructiva prevista para las UBS (*Light Steel Frame* §1.30) aporta varias ventajas en términos del mantenimiento, incluyendo una durabilidad de estructura

muy alta, con potencial vida útil de más que 200 años⁴³, y facilidad de restaurar instalaciones que no requiere el rompimiento y reparo de albañilería.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Organismo Ejecutor.** El prestatario será el Municipio de BH y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del prestatario, derivados del contrato de préstamo. El OE será el Municipio de BH, por medio de la SMSA, que instituirá la UGP⁴⁴. La UGP contará mínimamente, con una coordinación general, una coordinación ejecutiva, y especialistas técnico-ambiental, administrativo-financiero (que incluye gestión de proyectos, finanzas, contabilidad), de adquisiciones (con una Comisión Especial de Licitación –CEL) y de monitoreo y evaluación. La SMSA tendrá la dirección técnica de la UGP, ya que los coordinadores serán de su cuadro de funcionarios. Las adquisiciones de equipamientos médico-hospitalarios será responsabilidad de la coordinación técnica de la UGP en coordinación con la CEL que será establecida antes del inicio del primer proceso de adquisiciones.
- 3.2 Asimismo, la SUDECAP será responsable por todos los procesos de adquisiciones de obras, desde la preparación de los edítales hasta la gestión, supervisión y fiscalización de las obras. La SUDECAP, vinculada a la Secretaría Municipal de Obras e Infraestructura (SMOBI) tiene la competencia para realizar la gestión y supervisión de obras de la Alcaldía⁴⁵ y tiene experiencia previa con el Banco, en el Programa Drenurbis.
- 3.3 La Secretaría Municipal de Hacienda, por medio de la SUALOG, participará en el programa como entidad responsable por todas las adquisiciones de bienes y equipamientos de Tecnología de la Información (TI), de acuerdo con las necesidades del proyecto. Es entonces que se utilizará el sistema nacional (subasta electrónica y/o atas de registros de precios), según su competencia legal⁴⁶.
- 3.4 Las responsabilidades específicas de la UGP implicarán todas las actividades necesarias para la ejecución del programa, que incluyen: (i) servir como enlace del proyecto con el Banco; (ii) preparar, presentar e implementar los Planes Operativos Anuales (POA) y los planes financieros; (iii) elaborar presupuestos y solicitudes de desembolso; (iv) preparar y actualizar el Plan Plurianual de Ejecución (PEP), POA, Plan de Adquisiciones (PA), Matriz de Riesgos y el Informe de Monitoreo del Proyecto (PMR); (v) la administración financiera del programa de acuerdo con principios de contabilidad aceptados y la presentación de estados financieros auditados; (vi) llevar a cabo procesos de adquisición que resulten en la adquisición oportuna de productos de alta calidad y que cumplan con las

⁴³ Way AG, et.al. 2009. *Durability of Light Steel Framing in Residential Building*. Berkshire UK: The Steel Construction Institute.

⁴⁴ La UGP estará creada antes del primer desembolso de recursos del préstamo.

⁴⁵ La Ley 11.065/2017, artículo 67 establece las competencias de SUDECAP, las cuales incluyen la ejecución de servicios y obras de mantenimiento de bienes inmuebles, así como gerenciamiento de los contratos de obras y servicios de ingeniería firmados por el Municipio.

⁴⁶ La Ley 11.065/2017, en su artículo 48, establece las competencias de la Secretaría Municipal de Hacienda (SMFA, según siglas en portugués) y el Decreto 16.739/2017 establece la estructura orgánica de la SMFA, incluyendo todas sus subsecretarías (su Artículo 47 menciona la SUALOG), con sus competencias respectivas.

políticas del Banco; (vii) garantizar la alineación coherente de las actividades del programa con los resultados esperados, así como la recopilación periódica de datos para permitir el seguimiento de los indicadores incluidos en la MR; y (viii) presentar informes semestrales de progreso.

- 3.5 **Reglamento Operativo del Programa (ROP)**. Las políticas, procedimientos, reglas y responsabilidades detalladas de la UGP durante la ejecución del programa se definirán en el ROP, que establecerá estándares y directrices para el OE en todas las áreas de ejecución del programa, incluyendo programación, ejecución y planificación financiera, arreglos fiduciarios, monitoreo e informes, entre otros. El ROP también describirá los roles y los medios de coordinación entre la SMSA y las otras entidades del gobierno municipal participantes, particularmente con respecto a la asignación de espacio presupuestario, monitoreo de la implementación del programa, y el procesamiento de posibles ajustes a las actividades y metas.
- 3.6 **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que el ROP haya sido aprobado, conforme a los términos acordados con el Banco**, que es necesario para establecer las directrices y procedimientos a seguir por el OE, para la exitosa ejecución del Programa; **(ii) que los siguientes miembros de la UGP, creada en el ámbito del OE, hayan sido designados: coordinador general, coordinador ejecutivo y especialistas técnico-ambiental, administrativo-financiero, en monitoreo y evaluación, y en adquisiciones**, una condición considerada fundamental para facilitar la ejecución del programa desde su inicio y asegurar el cumplimiento de las políticas del Banco en sus respectivas áreas; y **(iii) que la Comisión Especial de Licitaciones del Proyecto haya sido creada**, que se requiere para garantizar el apoyo adecuado a la función de adquisiciones.
- 3.7 **Adquisiciones**. La UGP aplicará las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el Banco (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco (GN-2350-9), además de las disposiciones contenidas en los Acuerdos y Arreglos Fiduciarios basados en el contexto fiduciario del MS como se revela a través del ejercicio de análisis institucional del OE. De acuerdo con dicho análisis, las adquisiciones serán revisadas en forma ex post, salvo en aquellos casos en que se justifique una supervisión ex ante, o una contratación directa, indicados en el PA, que sean financiados parcial o totalmente por el Banco. Eventualmente se podría incorporar alguna contratación directa al PA, siempre que se encuentre debidamente justificada y de acuerdo con las políticas mencionadas. Cuando las adquisiciones se ejecuten a través del sistema nacional, la supervisión también se llevará a cabo por medio del sistema del país.
- 3.8 **Desembolsos y gestión financiera**. El Banco realizará los desembolsos al OE bajo la modalidad de anticipo de fondos de acuerdo con las necesidades de liquidez del programa, corroboradas por sus compromisos actuales y anticipadas por un período no menor de 90 días y no más de 180 días. Estos se efectuarán en una cuenta bancaria especial, a nombre del programa para uso exclusivo de los recursos del préstamo, según lo establecido en el documento “Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-6). La UGP controlará la utilización del anticipo de fondos y limitará los gastos a las actividades planificadas y elegibles, y mantendrá registros de las transacciones financieras de conformidad con las políticas fiduciarias del Banco. Cuando se haya gastado el

80% del anticipo de fondos, la UGP puede presentar una justificación de los gastos para su revisión por el Banco y solicitar un nuevo desembolso.

- 3.9 **Financiamiento retroactivo y reconocimiento de gastos.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta por la suma de US\$11,2 millones (20% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$2,8 millones (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para las contrataciones incluidas en el PA relacionadas con solución integrada de tecnología de información, incluyendo software, equipamientos y servicios y la operación del Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro, respectivamente, siempre que se hayan cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 20 de junio de 2018, fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.
- 3.10 **Auditoría.** La UGP será responsable de presentar los siguientes documentos al Banco: (i) Estados Financieros Auditados (EFA) del programa, que se presentarán dentro de los 120 días posteriores al cierre de cada año fiscal; y (ii) estados financieros finales auditados, que se presentarán dentro de los 120 días posteriores a la fecha final de desembolso del programa. La auditoría de las actividades del programa y los estados financieros debe ser realizada por el Tribunal de Cuentas del Estado de Minas Gerais y, si no estuviera disponible, por una firma de auditoría externa independiente aceptable para el Banco y contratada por la OE. Las auditorías se realizarán de conformidad con las directrices y los términos de referencia del Banco para la auditoría externa. La auditoría incluirá la revisión ex post de los procesos de desembolso y de las adquisiciones, en forma adicional a las actuaciones y revisiones del Banco.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.11 El monitoreo del programa empleará los siguientes instrumentos estándar del Banco: (i) PEP y POA; (ii) PA; (iii) MR; (iv) PMR; y (v) EFA. El OE, por medio de la UGP, entregará informes semestrales de progreso al Banco dentro de 60 días después del término de cada semestre calendario sobre: (i) desempeño en el cumplimiento de los objetivos, y resultados acordados en cada POA y en el PMR, incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos y sus medidas de mitigación; (ii) estado de ejecución y situación del PA; (iii) cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iv) estado de ejecución financiera. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá: (i) POA y PEP para el año siguiente; (ii) PA actualizado; y (iii) cuando corresponda, las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría. Asimismo, se dará seguimiento a los indicadores de la MR con base en la información generada por la SMSA y reportada en el Departamento de Informática de SUS (DATASUS).
- 3.12 Para la evaluación de impacto del programa se aplicará la metodología de controles sintéticos que permite comparar la evolución de los indicadores de resultado final de la MR con otro conjunto de municipios brasileños que no reciben las inversiones del programa. Se construirá un control sintético para cada indicador que por definición presenta la misma evolución en los años previos a la intervención, por lo que su comportamiento futuro sirve como contrafactual de lo

que pasaría en ausencia del programa. Los datos necesarios para la evaluación se extraerán de DATASUS⁴⁷, que recopila información de manera rutinaria. Se prevé la ejecución de la línea de base en el primer año y el informe final en el quinto año. Asimismo, el programa contará con una evaluación de implementación intermedia, a ser presentada hasta 90 días después de completar 50% de desembolso de los recursos del préstamo o transcurridos 36 (treinta y seis) meses desde la entrada en vigencia del Contrato de Préstamo, lo que ocurra primero y una evaluación final que deberá ser presentada al Banco 90 días después del último desembolso. El presupuesto del programa contiene recursos destinados exclusivamente para financiar todas las evaluaciones.

⁴⁷ Se provendrán específicamente del *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)* y del *Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)*.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		BR-L1519
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID		Si
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país		Si
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2850	Ampliación y mejoramiento de la red de atención primaria en salud (APS)
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915-2	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0
4. Análisis económico ex ante		10.0
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		3.0
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.0
4.3 Supuestos Razonables		1.0
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.0
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		1.0
5. Evaluación y seguimiento		9.3
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		6.8
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Medio
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Si
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Si
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Si
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación, Sistema Nacional de Estadística.
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto		

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

El objetivo del programa es mejorar el estado de salud de la población de Belo Horizonte mediante el aumento del acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud. Para lograr estos objetivos, el programa apoya el fortalecimiento de las redes de atención primaria y vigilancia en salud, la consolidación e integración de servicios especializados, de emergencia y hospitalarios, mejoramiento de la gestión, calidad y eficiencia de las redes integradas, y la administración y evaluación del programa. El proyecto presenta un análisis costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas, con un ratio de beneficio/costo de 1.35. La lógica vertical presentada en el POD es consistente con los indicadores presentados en la matriz de resultados, e incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos. Los indicadores cumplen los criterios SMART e incluyen valores de línea de base y metas, así como las fuentes y medios de verificación que se utilizarán para medirlos. Los indicadores de impacto final son el porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica y la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, ambos desagregados por género. La Unidad Coordinadora de Proyecto, dentro del Grupo de Innovación en Salud, estará a cargo del monitoreo y evaluación del programa. Los indicadores de la matriz de resultados serán informados con fuentes de información administrativas incluyendo el DATASUS, SISREDE y SIASUS, entre otras. El proyecto incluye una evaluación de impacto que utilizará la metodología de controles sintéticos, comparando la evolución de los indicadores de resultado final en el municipio de Belo Horizonte contra un control sintético construido con municipios de más de medio millón de habitantes en los estados contiguos, utilizando datos del DATASUS.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo do Proyecto:	El programa tiene como objetivo contribuir para mejorar la salud de la población mediante el aumento del acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud del Municipio de Belo Horizonte.
------------------------------	--

IMPACTO ESPERADO

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 5 Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica – Mujeres.	/100 hospitalizaciones	30,3%	2017	27,6%	SIH/SUS	Número de hospitalizaciones por condiciones sensibles a atención básica/ número de hospitalizaciones clínicas x 100. Pro-género, Seguimiento de género.
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica – Hombres.	/100 hospitalizaciones	28,9%	2017	26,4%	SIH/SUS	Número de hospitalizaciones por condiciones sensibles a atención básica/ número de hospitalizaciones clínicas x 100. Pro-género, Seguimiento de género.
Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica –Total.	/100 hospitalizaciones	29,6%	2017	27,0%	SIH/SUS	Número de hospitalizaciones por condiciones sensibles a atención básica/ número de hospitalizaciones clínicas x 100.
Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles – Mujeres.	Muertes por 100.000 habitantes	198,9	2017	194,1	SIM RIPSA (2015), IBGE	Número de muertes por ECNT de individuos de 30 a 69 años estandarizado por edad/Población residente de 30 a 69 años x 100.000. Pro-género, Seguimiento de género.
Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles – Hombres.	Muertes por 100.000 habitantes	280,9	2017	274,2	SIM RIPSA (2015), IBGE	Número de muertes por ECNT de individuos de 30 a 69 años estandarizado por edad/Población residente de 30 a 69 años x 100.000. Pro-género, Seguimiento de género.
Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles – Total.	Muertes por 100.000 habitantes	232,9	2017	227,5	SIM RIPSA (2015), IBGE	Número de muertes por ECNT de individuos de 30 a 69 años estandarizado por edad/Población residente de 30 a 69 años x 100.000.

RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final (Año 5)	Medios de Verificación	Comentarios
Número de personas que reciben servicios de salud.	Persona (millones)	3,5	2017	3,85	DATASUS	
Porcentaje de consultas médicas de la APS con solicitud de referencia para atención especializada.	Referencias /100 consultas	17,5%	2017	15,0%	SISREDE	Número de referencias para atención especializada solicitados en las consultas médicas realizadas en la red básica/Número total de consultas médicas realizadas en la red básica x 100.
Tiempo promedio mensual para distribución de vacunas para las unidades de salud.	Días	15	2017	7	SIES	Número de días entre la fecha de recepción de vacunas de la SES/MG y la fecha de entrega para el último centro de salud de la programación mensual/12.
Tasa de exámenes citopatológicos del cuello del útero por mujer.	Exámenes /3 mujeres	29,0%	2017	37,0%	SIA-SUS/IBGE	Número de exámenes citopatológicos del cuello del útero realizados / Población estimada del sexo femenino con edad entre 25 y 64 años x 3. Pro-género, Seguimiento de género.
Tasa de solicitudes de hospitalización realizadas con diagnóstico de trombosis venosa profunda.	Solicitudes /hospitalizaciones	1,49	2017	1,33	CINT/SIH	Número de solicitudes por TVP/hospitalizaciones con diagnóstico de TVP.
Tiempo promedio de espera para la realización de endoscopia.	Meses	5,2	2017	2,0	SISREG	Número de solicitudes por endoscopia/Número de endoscopias ofertadas.
Porcentaje de partos con cesárea en primerizas mayores que 32 semanas y presentación cefálica en la maternidad del Hospital Municipal Odilon Behrens.	/100 partos	29,0%	2017	20,0%	Comisión Perinatal	Número de hospitalizaciones por parto por cesárea en el HOB en primerizas mayores que 32 semanas y presentación cefálica/Total de hospitalizaciones por parto en primerizas mayores que 32 semanas y presentación cefálica en el HOB. Pro-género, Seguimiento de género.
Porcentaje de partos de maternidad del Hospital Municipal Odilon Behrens de gestantes referidas a maternidad.	/100 hospitalizaciones	61%	2017	75%	Comisión Perinatal/SINASC	Total de nacimientos referidos y ocurridos en la maternidad del HOB / Total de nacimientos referidos para maternidad del HOB x 100.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final (Año 5)	Medios de Verificación	Comentarios
Proporción de consultas registradas em el registro electrónico.	/100 consultas	70%	2017	100%	E-SES/ CMD/ SIA	Número de consultas con profesionales de nivel superior registradas en archivo electrónico / Número de consultas con profesionales de nivel superior realizadas.
Tasa de infección del flujo sanguíneo asociada a catéter venoso central en las UTIs de los hospitales preparados para certificación de calidad.	Infecciones/1000 catéter venoso central-día	7,7	2017	5,0	CCIH de los hospitales 100% SUS	Cantidad de infecciones del flujo sanguíneo (CID A418 y A419) / cantidad de catéter venoso central /día x 1000.
Porcentaje de adhesión a las propuestas de calidad en los hospitales preparados para la certificación de calidad.	/100 actividades	0	2017	90%	Datos recogidos por los hospitales	Actividades propuestas por la calidad cumplidas dentro del plazo / todas las actividades propuestas por la calidad.

PRODUCTOS

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1 (2019)	Año 2 (2020)	Año 3 (2021)	Año 4 (2022)	Año 5 (2023)	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Componente 1. Fortalecimiento de las redes de atención primaria y vigilancia en salud											
UBS construidas	UBS	0	2018	0	8	4	0	0	12	Informe auditoría anual ¹	
UBS equipadas	UBS	0	2018	0	8	4	0	0	12	Informe auditoría anual	
Academias de la Ciudad equipadas	Academia de la Ciudad	0	2018	41	41	0	0	0	82	Informe auditoría anual	
UBS en operación equipadas	UBS	0	2018	70	70	0	0	0	140	Informe auditoría anual	
Farmacias distritales en operación equipadas	Farmacia Distrital	0	2018	4	5	0	0	0	9	Informe auditoría anual	

¹ La auditoría independiente anual es un requisito contractual que involucra la verificación de los estados financieros y los avances físicos. Los términos de referencia para la auditoría obligarán a la entidad auditora a sustanciar los productos físicos a través de revisión documental legal y visitas a los establecimientos de salud. Se trata de una manera imparcial y veraz de constatar los productos.

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1 (2019)	Año 2 (2020)	Año 3 (2021)	Año 4 (2022)	Año 5 (2023)	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Red de frío construida	Rede frío	0	2018	0	0	1	0	0	1	Informe auditoría anual	
Red de frío equipada	Rede frío	0	2018	0	0	1	0	0	1	Informe auditoría anual	
Unidades de salud con videoconferencia instalada	Unidad de salud	0	2018	0	52	100	0	0	152	Informe auditoría anual	
Componente 2. Consolidación e integración de servicios especializados, de emergencia, y hospitalarios											
UPA construida/reformada	UPA	0	2018	0	1	3	0	0	4	Informe auditoría anual	
UPA equipadas	UPA	0	2018	0	1	3	0	0	4	Informe auditoría anual	
UPA en operación equipadas	UPA	0	2018	0	5	0	0	0	5	Informe auditoría anual	
Unidades de soporte SAMU equipados	Unidad de SAMU	0	2018	0	21	0	0	0	21	Informe auditoría anual	
CERSAM reformados	CERSAM	0	2018	0	0	2	0	0	2	Informe auditoría anual	
CERSAM equipados	CERSAM	0	2018	0	0	2	0	0	2	Informe auditoría anual	
Hospital Geral Odilon Behrens equipado	Hospital	0	2018	0	0	1	0	0	1	Informe auditoría anual	
Nueva Maternidad Odilon Behrens equipada	Maternidad	0	2018	0	0	0	0	1	1	Informe auditoría anual	
SAD en operación equipados	SAD	0	2018	7	0	0	0	0	7	Informe auditoría anual	
Unidades de salud especializadas en operación y equipadas	Unidad de salud especializada	0	2018	20	20	0	0	0	40	Informe auditoría anual	
Componente 3. Mejoramiento de la gestión, calidad y eficiencia de las redes integradas											
Unidades de salud con solución tecnológica implementada (incluyendo registro electrónico)	Unidad de Salud	0	2018	0	60	90	98	98	346	Informe auditoría anual	
Unidades de salud con gestión de costos implementada	Unidad de Salud	0	2018	0	0	30	30	20	80	Informe auditoría anual	

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2 (2020)	Año 3 (2021)	Año 4 (2022)	Año 5 (2023)	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Unidades de salud de la red propia con certificación de calidad	Unidad de Salud	0	2018	0	0	0	5	5	10	Informe auditoría anual	
Componente 4. Administración y evaluación del programa											
Informe de evaluación intermedia y final	Informe	0	2018	0	0	1	0	1	2	Informe auditoría anual	
Informes de Evaluación de Impacto	Informe	0	2018	1	0	0	0	1	2	Informe auditoría anual	
Informes de Auditoría Externa	Informe	0	2018	0	1	1	1	2	5	Registros BID	
Consultorías y estudios desarrollados	Informe	0	2018	0	1	1	1	1	4	Informe auditoría anual	

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Brasil
PROYECTO N°: BR-L1519
NOMBRE: Modernización y Mejora de Calidad de las Redes de Servicios de Salud de Belo Horizonte – Mejor Salud BH
ORGANISMO EJECUTOR (OE): Municipio de Belo Horizonte a través de su Secretaría Municipal de Salud (SMSA)
EQUIPO FIDUCIARIO: Leíse Estevanato y David Salazar (FMP/CBR)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 La evaluación institucional para la gestión fiduciaria del proyecto fue elaborada con base en: (i) contexto fiduciario actual del país; (ii) resultados de la evaluación de los principales riesgos fiduciarios; (iii) análisis institucional; (iv) reuniones de trabajo con el equipo del proyecto y de la SMSA; y (v) experiencia previa en los demás programas de salud del Banco en Brasil.
- 1.2 Brasil dispone de sistemas fiduciarios nacionales robustos que permiten una buena gestión de los procesos administrativos, financieros, de control y de adquisiciones, cumpliendo con los principios de transparencia, economía y eficiencia. Los sistemas del ejecutor referidos a su capacidad de planeamiento y organización, ejecución y control tienen nivel mediano de desarrollo que representa un nivel de riesgo medio-bajo.
- 1.3 La SMSA es una secretaría consolidada y cuenta con cuadros técnicos estables y de alto nivel, pero en número insuficiente para la ejecución del programa. Por otro lado, no posee experiencia con programas financiados por organismos internacionales, ni personal capacitado con conocimiento de las políticas de adquisiciones y gestión financiera del Banco. Además, el programa prevé la participación de otros órganos en la ejecución de acciones del programa.
- 1.4 El Municipio de Belo Horizonte tiene la capacidad jurídica y experiencia para ejecutar las acciones del proyecto. La SMSA aprovechará la estructura institucional existente, con asignaciones específicas funcionales a la gobernanza del proyecto.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 2.1 El prestatario será el Municipio de Belo Horizonte, capital del estado de Minas Gerais. Las actividades del programa serán ejecutadas por la SMSA, a través de la UGP, creada específicamente en el ámbito del programa.
- 2.2 El control del ejecutor es interno y externo. El control interno del municipio es ejercido por la Contraloría General del Municipio (CTGM), órgano central del sistema de control interno del poder ejecutivo. En cuanto al control externo, éste es ejercido por el Tribunal de Cuentas del Estado de Minas Gerais (TCE/MG), entidad que realiza auditorías a todos los entes del estado. El TCE/MG es elegible para las auditorías de los proyectos del estado junto al BID.

III. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL, RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 La evaluación de la capacidad institucional y su validación con los funcionarios de la SMSA y principales actores relacionados concluye que el OE dispone de una capacidad institucional alta, aunque sin experiencia en la ejecución de operaciones con el Banco.
- 3.2 Se identificó un riesgo fiduciario de cualificación medio-alto: si hubiera desconocimiento de las políticas de adquisiciones y financieras del BID por parte de los servidores del organismo ejecutor y de las entidades involucradas (SUDECAP, PGM¹, SUALOG) hasta la misión de arranque del programa, podrían ocurrir retrasos en las adquisiciones y desembolsos en el primer año del programa, impactando en todas las metas físicas y financieras del primer año del programa. Se mitigará este riesgo a través de las capacitaciones en las políticas fiduciarias del Banco, y gestión del conocimiento (fiduciario) para miembros de la Unidad de Gestión del Proyecto (UGP) y de las demás entidades participantes.

IV. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 4.1 Los Acuerdos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto².

A. Ejecución de las Adquisiciones

- 4.2 **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos estarán sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) y se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco.
- 4.3 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida por el Banco. La revisión de los términos de referencia para la contratación de los servicios es responsabilidad del especialista sectorial. La selección y la contratación serán realizadas de acuerdo con las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9).
- 4.4 **Uso de sistema nacional de adquisiciones.** El (sub)sistema nacional de adquisiciones aprobado por el Banco, “*Pregão Electronico*”, será utilizado para la adquisición de bienes de uso común hasta un monto de US\$5 millones. Cualquier sistema o subsistema que sea aprobado con posterioridad será aplicable a la operación. El Plan de Adquisiciones (PA) y sus actualizaciones indicará qué contrataciones se ejecutarán a través de los sistemas nacionales aprobados.
- 4.5 **Financiamiento retroactivo y reconocimiento de gastos.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, hasta por la suma de US\$11,2 millones (20% del monto propuesto del préstamo), y reconocer con

¹ La PGM es la Procuraduría General del Municipio que cumplirá sus funciones legalmente atribuibles de revisar los procesos de adquisiciones y contratación.

² La UCP contará con el apoyo de la Comisión Especial de Licitación (CEL) que cumplirá con las disposiciones indicadas por la Ley 8.666/93.

cargo al aporte local, hasta por la suma de US\$2,8 millones (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo para las contrataciones incluidas en el PA relacionadas con solución integrada de tecnología de información, incluyendo software, equipamientos y servicios y la operación del Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro, respectivamente, siempre que se hayan cumplido con requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 20 de junio de 2018, fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.

B. Contrataciones Directas. No están previstas contrataciones directas.

Cuadro 1. Montos Límites para Licitación Internacional y Lista Corta con Conformación Internacional

Método	LPI Obras	LPI Bienes y Servicios diferentes a la consultoría	Lista Corta Internacional en servicios de consultoría
Monto Límite	US\$25 millones	US\$5 millones	US\$1 millón

Cuadro 2. Adquisiciones Principales

Objeto de la Contratación	Método de selección	Fecha estimada	Monto estimado (US\$ millones)
Obras			
Construcción de 12 UBSs	LPN	Jun 2019	13,2
Bienes y Servicios Distintos de Consultoría			
Equipos y bienes permanentes para unidades especializadas	Sistema Nacional	Jun 2019	4,1
Equipos para Hospital General	Sistema Nacional	Jun 2019	3,5
Servicios Técnico Especializado	LPN	Feb 2019	4,9
Servicios de consultoría			
Programa de Gestión de Calidad y Seguridad (certificación)	SBQC	Jun 2019	2,0

C. Supervisión de Adquisiciones

- 4.6 El método de supervisión será ex post, salvo en aquellos casos en que se justifique una supervisión ex ante. Cuando las adquisiciones se ejecuten a través del sistema nacional, la supervisión también se llevará a cabo por medio del sistema del país.
- 4.7 El método de supervisión se debe determinar para cada proceso de selección. Las revisiones ex post serán de acuerdo con el plan de supervisión del proyecto. Los reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita de inspección física, escogida de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión posterior.

Cuadro 3. Límite para Revisión Ex Post

Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
LPN y CP	LPN y <i>Pregão</i>	Menor a US\$1 millón

D. Registros y Archivos

- 4.8 La documentación de los procesos estará a cargo de la UGP que mantendrá la documentación necesaria a efectos de supervisión y auditoría.

V. GESTIÓN FINANCIERA

A. Programación y presupuesto

- 5.1 La SMSA, a través de la UGP será la responsable de coordinar todo el proceso de planificación para la ejecución de las actividades según lo previsto en el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y en el Plan Operativo Anual (POA). Las entidades del municipio utilizan los instrumentos de Planificación Plan Plurianual (PPA), Ley de Procedimientos Presupuestales (LDO), que dispone sobre los direccionamientos presupuestales, y la Ley de Presupuesto Anual (LOA). El presupuesto del proyecto formará parte de la LOA.
- 5.2 El OE, por medio de la UGP deberá garantizar que los recursos presupuestales para el proyecto (Banco y aporte local), sean debidamente presupuestados anualmente, y asegurados para la ejecución de acuerdo con la programación del proyecto. Los recursos presupuestales deben estar registrados en el año de ejecución dentro del Sistema de Presupuesto y Finanzas (SOF) como una fuente externa. La Ley Presupuestal Anual deberá contemplar los fondos necesarios para la ejecución tanto para el crédito externo como para la contrapartida local.

B. Contabilidad y sistemas de información

- 5.3 En el Municipio de Belo Horizonte, las entidades públicas trabajan con el SOF, que realiza toda la ejecución financiera y contable de las operaciones del municipio, y permite la adopción de las normas internacionales de contabilidad. Sin embargo, el municipio no dispone de un sistema de información contable-financiero automatizado e integrado con la contabilidad general, debiendo desarrollar un módulo de gestión financiera integrado al SOF o adquirir un sistema que permita la generación de los procesos de desembolso y de los estados financieros del programa, así como de los informes básicos solicitados por el BID.

C. Desembolsos y flujo de caja

- 5.4 El programa utilizará el sistema nacional de tesorería del estado. Los gastos estarán sujetos al proceso de ejecución presupuestaria y financiera, y estarán debidamente registrados en el SOF.
- 5.5 Los recursos del Banco serán administrados a través de una cuenta exclusiva que permita identificar de manera independiente los recursos del préstamo, y realizar conciliaciones bancarias de estos recursos. Esto incluye los ingresos y pagos.
- 5.6 Los desembolsos se efectuarán en dólares de los Estados Unidos de América, bajo la modalidad de anticipos de fondos. Los anticipos estarán basados en una proyección de recursos financieros para un plano previamente acordado con el Banco, no superior a 180 días. Para futuros anticipos será necesaria la prestación de cuentas de por lo menos el 80% del total acumulado de los saldos pendientes de justificación.

- 5.7 A efecto de rendición de cuentas de los recursos del préstamo y del aporte local, el OE utilizará: (i) la tasa de cambio efectiva al momento de la conversión de los fondos adelantados en la moneda de la operación a la moneda local, para recursos BID; y (ii) la tasa de cambio efectiva de la fecha de pago para los reembolsos de gastos y reconocimiento de gastos de aporte local. Los gastos considerados no elegibles por el Banco deberán reintegrarse con recursos del aporte local o con otros recursos, a criterio del prestatario y mediante aprobación del Banco, de acuerdo con la naturaleza de la inelegibilidad.
- 5.8 La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados será realizada de forma ex post por el TCE/MG durante el proceso de auditoría.

D. Control interno y auditoría interna

- 5.9 El control interno del municipio es ejercido por la Contraloría General del Municipio (CTGM), órgano central del sistema integrado de control interno del poder ejecutivo. La CTGM fue creada en 2006 y tiene las funciones de control interno, auditoría pública, corrección, prevención y combate a la corrupción y actividades de “Ouvidoria” para el incremento de la transparencia en el ámbito de la administración. Las actividades del programa estarán bajo su control.

E. Control externo y Estados Financieros Auditados

- 5.10 El control externo es ejercido por el Tribunal de Cuentas del Estado de Minas Gerais (TCE/MG), entidad que realiza auditorías a todos los entes del estado.
- 5.11 La auditoría externa del programa será realizada por el TCE/MG, entidad elegible para realizar las auditorías externas de los préstamos del Banco o por una firma de auditoría externa independiente aceptable al Banco.
- 5.12 La presentación de los Informes Financieros Auditados (IFA) anuales se realizarán de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco, por el TCE/MG y, si no está disponible, por una firma de auditoría externa independiente, dentro de un plazo de 120 días posteriores al cierre de cada año fiscal y la última, 120 días después del plazo de último desembolso.

F. Plan de supervisión financiera

- 5.13 Este plan podrá ser modificado durante la ejecución conforme la evolución en los niveles de riesgo o por necesidades de control adicionales.

Cuadro 4. Plan de Supervisión

Naturaleza – Alcance	Frecuencia	Responsable	
		Banco	Ejecutor
Revisión ex post de desembolsos y adquisiciones	Anual	Equipo fiduciario	UGCP - Auditor Externo - TCE/RN
Auditoría anual	Anual	Equipo fiduciario	UGP - Auditor Externo - TCE/RN
Revisión solicitudes de desembolsos	Periódica	Equipo fiduciario	UGP
Visita de supervisión	Anual	Especialista fiduciario	UGP
Revisión de cartera	Anual	Equipo fiduciario	UGP

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/18

Brasil. Préstamo ____/OC-BR al Municipio de Belo Horizonte. Modernización y Mejora de Calidad de las Redes de Servicios de Salud de Belo Horizonte – Mejor Salud BH

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

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 el Municipio de Belo Horizonte, como Prestatario, y con la República Federativa del Brasil, como Garante, para otorgarle al primero un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa “Modernización y Mejora de Calidad de las Redes de Servicios de Salud de Belo Horizonte – Mejor Salud BH”. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$56.000.000 de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ____ de _____ de 2018)