

PÚBLICO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

NICARAGUA

FORTALECIMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA Y EXTENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL CORREDOR SECO

(NI-L1081)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Emmanuelle Sánchez-Monin (SPH/CNI), Jefa de Equipo; Brenda Álvarez, Santiago Castillo (FMP/CNI); María Cristina Landázuri (LEG/SGO); Juan Carlos Lazo (FMP/CNI); Claudia Pévere y Sheyla Silveira (SCL/SPH); Francys Reyes (CID/CNI); Sarita Vollnhofer (SPH/CNI); y Beatriz Zurita (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

ÍNDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación	2
B.	Objetivos, componentes y costo	7
C.	Indicadores clave de la matriz de resultados	10
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	10
A.	Instrumentos del financiamiento.....	10
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	11
C.	Riesgos fiduciarios.....	11
D.	Otros riesgos	12
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	14
A.	Resumen de medidas de implementación.....	14
B.	Resumen de medidas para monitoreo de resultados	15

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

ENLACES ELECTRÓNICOS
OBLIGATORIOS
1. POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37833216
2. Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37903600
3. Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37905718
4. Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38017056
OPCIONALES
1. Estudio de Costos y Viabilidad Económica http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37833186
2. Análisis de Situación del Corredor Seco: Priorización de Municipios http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37905817
3. Reglamento Operativo de los Programas del Ministerio de Salud con Financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37903549
4. Análisis del Programa de Optimización del Talento Humano http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37905864
5. Manual y Plan de Implementación del Programa de Optimización del Talento Humano http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37870795
6. Diagnóstico y Plan de Salvaguardias de Gestión http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37905742
7. Diagnóstico de Estrategias Comunitarias en el Corredor Seco. http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37903578
8. Plan de Ejecución del Programa (PEP) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37929409

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIEPI-C	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia Comunitaria
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CO	Capital Ordinario
CPN	Controles Prenatales
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ESAF	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
FOE	Fondo de Operaciones Especiales
IFPRI	<i>International Food Policy Research Institute</i>
INIDE	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAF	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
MPMP	Marco Presupuestario de Mediano Plazo
MR	Matriz de Resultados
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Plan de Adquisiciones y Contrataciones
PEP	Plan de Ejecución del Programa
PGR	Presupuesto General de la República
PIB	Producto Interno Bruto
POA	Plan Operativo Anual
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
PRORURAL	Plan Sectorial de Desarrollo Rural
RO	Reglamento Operativo
VPCD	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo
SECI	Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional
SICO	Sistema de Información Comunitario
SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y de Auditoría
SIGFAPRO	Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y de Auditoría de Proyectos
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud

RESUMEN DEL PROYECTO

NICARAGUA

FORTALECIMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA Y EXTENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL CORREDOR SECO

NI-L1081

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: República de Nicaragua Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINSA)				FOE	CO
			Plazo de amortización:	40 años	30 años
			Período de gracia:	40 años	5,5 años
Fuente	Monto US\$	%	Período de desembolso:	4,5 años	4,5 años
			Tasa de interés:	0,25%	FU-Fija
BID FOE	17.500.000	48,35	Comisión de inspección y vigilancia:	NA	*
CO	17.500.000	48,35	Comisión de crédito:	NA	*
Local	1.200.000	3,3	Moneda:	US\$	US\$
Total	36.200.000	100,0			
Esquema del Proyecto					
<p>Objetivo del proyecto. El objetivo del programa es fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MINSA) de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas con énfasis en la región del Corredor Seco, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable. Ese objetivo pretende lograrse mediante la optimización de la composición del personal asistencial y la extensión priorizada de servicios comunitarios de salud y nutrición, con especial énfasis en las niñas y niños menores de dos años y en las mujeres en edad fértil aprovechando la ventana de los mil días (¶1.11).</p>					
<p>Condiciones contractuales especiales: (a) Previas al primer desembolso: el MINSA deberá presentar: (i) evidencia de que cuenta con el equipo técnico-operativo de apoyo para la ejecución del programa (¶2.3); y (ii) el informe de adjudicación del proceso de contratación de la firma independiente para realizar semestralmente la auditoría técnica externa de los servicios prestados con los recursos del Componente 2 (¶3.4); (b) De ejecución: (i) el MINSA presentará junto con los informes semestrales la evidencia del cumplimiento de las acciones de mitigación que se hayan identificado en el plan de salvaguardias de gestión en las fechas acordadas (¶2.3); (ii) el Banco y el MINSA revisarán anualmente por medio de los registros contables si los parámetros del coste del Subcomponente 2.2 guardan consistencia con los costos reales y acordarán los ajustes al costo fijo per cápita financiado para los períodos posteriores a la verificación, de encontrarse una discrepancia significativa (¶2.4); (iii) el MINSA deberá remitir antes del 31 de marzo de cada año la programación de recursos para el año en curso y el reporte de ejecución del Presupuesto General de la República del año anterior en las actividades de promoción y prevención de enfermedades y primer nivel de atención, desglosado a nivel municipal para los 33 municipios beneficiarios y a nivel de Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) para el resto del país; y (iv) al presentar gastos relacionados con las compensaciones del plan de optimización del talento humano, el prestatario deberá adjuntar la evidencia de que los retiros se llevaron a cabo de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en el Reglamento Operativo, y cualquier modificación de los mismos será previamente acordada con el Banco (¶ 2.7); (c) Otras condiciones especiales: el acuerdo entre el Banco y el MINSA sobre los alcances del Manual de Implementación del Plan de Optimización del Talento Humano se considerara una condición básica cumplida antes de la firma del Contrato de Préstamo (¶2.5).</p>					
<p>Aspectos especiales. En el Subcomponente 2.2, la atención será considerada como producto del programa utilizando cuatro prestaciones como indicadores trazadores del conjunto. El MINSA reportará el número de personas atendidas y los recursos de este subcomponente financiarán un monto fijo por persona atendida según el mecanismo establecido en el Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria (Préstamo 2527/BL-NI) (¶1.18).</p>					
Excepciones a las Políticas del Banco: Ninguna					
El proyecto califica como: SEQ <input checked="" type="checkbox"/> PTI <input checked="" type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> Geográfica <input checked="" type="checkbox"/> % Beneficiarios <input type="checkbox"/>					

(*) 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.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 **Acceso a la salud en comunidades rurales dispersas.** La transición epidemiológica en Nicaragua es notable ya que las enfermedades crónico-degenerativas (Grupo 2) explican una parte preponderante y creciente de los decesos, mientras que las enfermedades transmisibles, las afecciones del período perinatal y las deficiencias nutricionales (Grupo 1) explican una parte cada vez menor de la mortalidad¹. No obstante, los promedios nacionales ocultan importantes diferencias regionales. En las áreas de mayor pobreza y ruralidad las afecciones del Grupo 1 siguen causando del 20 al 30% de las defunciones, y la probabilidad de muerte por causas de ese grupo en esas áreas es hasta 2,5 veces mayor que en las áreas menos pobres. Esa manifestación de desigualdad llama a profundizar los esfuerzos por acercar los servicios de salud a las comunidades más vulnerables, y a la vez a sentar las bases de una respuesta a las afecciones crónicas no transmisibles a través de una acción más eficaz de prevención y promoción y manejo de las mismas.
- 1.2 **El Corredor Seco: desnutrición crónica y morbi-mortalidad infantiles.** Los departamentos de Madriz y Nueva Segovia, y los municipios del norte: León, Estelí, Chinandega y Managua, y del oeste: Matagalpa, Boaco y Chontales, conforman lo que se ha clasificado como el Corredor Seco². Esa región rural dispersa se caracteriza por una sequía crónica que crea condiciones de pobreza, inseguridad alimentaria, mala calidad del aire y agua; determinantes desfavorables que resultan en una desnutrición y morbilidad infantiles entre las más altas del país. En 2010, la probabilidad de muerte por deficiencias nutricionales fue 3,5 veces más alta en Madriz que a nivel nacional³. La Encuesta de Demografía y Salud 2011-12 (ENDESA) reporta prevalencias de desnutrición crónica en menores de cinco años en Madriz y Nueva Segovia, muy por encima del nivel nacional (29,5% y 27,7% respectivamente vs. 17,3%); y prevalencias altas de enfermedad diarreica y tasas de hospitalización de niños menores de cinco años por neumonía y diarrea muy superiores a los niveles nacionales⁴. Al ordenar a los 69 municipios de los departamentos citados según indicadores de sequía, pobreza extrema, incidencia de enfermedades diarreicas y de neumonía en niños menores de cinco años (ver [Enlace Opcional 2](#)), resultan priorizados 33 municipios de Madriz, Nueva Segovia, Estelí,

¹ El Grupo 1 explicó el 13,6% de las muertes en 2010 vs. 71,8% del Grupo 2; BID, procesamiento propio de datos del Ministerio de Salud (MINSa).

² Ver: Agua, agricultura y seguridad alimentaria en las zonas secas de Nicaragua. Bendaña García, G., 2012. La región está priorizada con intervenciones de desarrollo productivo y agua y saneamiento, ver Plan Nacional de Desarrollo Humano, p.106, Plan Sectorial de Desarrollo Rural (PRORURAL).

³ Fuente: ibíd. Pie de página 1.

⁴ Madriz: 17,9% de niños enfermos en las dos semanas anteriores a la encuesta, vs. 15,4% a nivel nacional fuente: ENDESA 2011-12, cruces preliminares preparados por el Instituto de Información para el Desarrollo (INIDE) para esta operación, julio 2012. Hospitalización por neumonía en 2012 en Madriz y Nueva Segovia: 28,6 por 1.000 niños menores de cinco años vs. 19 a nivel nacional. Fuente: MINSa.

Chinandega, León, Managua y Matagalpa, los que serían el ámbito focalizado para la extensión de cobertura propuesta en la presente operación (ver ¶1.16).

- 1.3 Los registros del Ministerio de Salud (MINSa), aún con limitaciones (ver ¶1.4), indican bajas tasas de cobertura de atención primaria. En Madriz, el promedio de consultas de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)⁵ por niño menor de un año registradas en 2012, no permitió cumplir con la frecuencia mensual que establece la norma para ese rango de edad. Además de la alta frecuencia de consultas por diarrea e infección respiratoria –consistente con la desnutrición– Madriz registra una proporción alta de consultas por neumonía en niños menores de cinco años y un nivel de mortalidad infantil por esa enfermedad entre las más altas del país. Aun cuando la desnutrición y morbilidad infantil se retroalimentan⁶, el uso oportuno de los servicios de salud ante la enfermedad reduce la severidad de la morbilidad y el riesgo de muerte. Por tanto, los datos de Madriz indican que la promoción y la búsqueda oportuna de servicios son deficientes, como lo podría ser su calidad, haciendo necesario integrar las acciones de prevención y promoción a nivel comunitario con las de atención en ese nivel y en el primer nivel⁷. Finalmente la tasa de fertilidad influye sobre el estado nutricional del niño: la prevalencia de desnutrición crónica aumenta a medida que la familia tiene más niños. En la región del Corredor Seco son altas tanto la fecundidad (3 hijos en Madriz vs. 2,1 en Carazo) como la demanda insatisfecha de planificación familiar (14% vs. 6,4% en los mismos departamentos)⁸, indicando la necesidad de aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para mejorar el estado nutricional de los niños y la salud materno-infantil.
- 1.4 **Salud comunitaria: avances normativos pero coberturas incipientes.** El gobierno ha priorizado al sector salud como lo refleja el incremento del presupuesto ejecutado por el MINSa, en 167% entre 2005 y 2012. En ese período, el peso del gasto público sobre el gasto total ha aumentado, aunque en 2009 el quintil más pobre todavía gastaba en salud el 11,5% de su ingreso⁹. Sigue vigente la necesidad de profundizar la focalización de los recursos públicos en atenciones pro-pobre. Para ello, el MINSa promulgó en 2008 el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) bajo el concepto de responsabilidad compartida: impulsa la extensión de servicios por el personal de salud en las comunidades y además involucra a la red de brigadistas y parteras en la atención, más allá de las acciones de mera promoción o de prevención, lo cual se alinea con las recomendaciones de mejores

⁵ El VPCD se realiza por el personal de salud, ver ¶1.4 y 1.6.

⁶ La desnutrición crea una mayor propensión a contraer infecciones y éstas exacerban la desnutrición, ver Black RE et al., *Maternal and Child Undernutrition and Overweight in low-income and middle-income countries*, Lancet 2008. Se ha estimado que hasta un 30% de los casos de neumonía resultan como complicación de otras infecciones respiratorias no tratadas oportunamente, y que esa falta de tratamiento primario oportuno produce hasta un 20% de hospitalizaciones evitables, ver *Poverty related risk for potentially preventable hospitalisations among children in Taiwan*, Chen et al. BMC Health Services Research 2010.

⁷ Bhutta Z.A. et al., *Evidence-based intervenciones for improvement of maternal and child nutrition*. Lancet, 2013.

⁸ 17,3% entre niños únicos, vs. 35,8% entre niños de familias de seis y más hijos, según ENDESA.

⁹ Versus el 3,9% para el quintil más favorecido; BID, a partir de Encuesta de Medición de Niveles de Vida 2009, INIDE 2011.

prácticas¹⁰. Así, las estrategias comunitarias del modelo descansan en la consejería por pares (buscando cambios de conducta) y la captación, atención y referencia de la población por los agentes comunitarios, basado en sus conocimientos de síntomas y señales de peligro. Esas estrategias¹¹ son: (i) la norma de salud y nutrición comunitaria, conocida como Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)¹² que aborda la vigilancia de la nutrición de embarazadas y niños menores de dos años y el manejo comunitario de casos, otrora conocido como la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia Comunitaria (AIEPI-C); y (ii) la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) que incluye la consejería, captación y atención en planificación familiar en la comunidad. Ambas estrategias se complementan con la captación comunitaria de embarazadas y el plan parto. Las normas incorporan las mejores prácticas basadas en evidencia¹³. Por ejemplo, la promoción de la nutrición abarca el período de gestación, prioriza a los niños menores de dos años y enfatiza la lactancia inmediata al nacer, exclusiva por seis meses y complementaria hasta los dos años, mientras el manejo de la diarrea incorpora el uso del zinc. El diagnóstico realizado para la preparación del programa¹⁴ concluye que el ECMAC y la vigilancia nutricional de la niñez se implementan en menos del tercio de comunidades y que la cobertura de manejo comunitario de casos y de vigilancia de embarazadas es incipiente, toda vez que las normas correspondientes son de reciente aprobación, que la red comunitaria no ha sido capacitada por el MINSA desde esa aprobación y que el abastecimiento en materiales y papelería especializada ha sido irregular.

- 1.5 **Sistema de Información Comunitario.** La cobertura en el nivel primario y en las comunidades no se puede derivar directamente de los registros regulares –que recogen la producción por atenciones— y de la población meta de referencia¹⁵. Para superar esas debilidades de registro y permitir una mejor planificación del trabajo sectorizado (ver ¶1.6), el MINSA está desarrollando el Sistema de Información Comunitario (SICO) en apoyo a las estrategias comunitarias. El SICO recoge registros nominales y permite la georeferenciación de las captaciones y referencias comunitarias, aunque su grado de implementación sea incipiente: abarca principalmente la captación de embarazadas y está en etapa de

¹⁰ Ver J. Sapag et al. *Innovative Care and Self-care Strategies for People with Chronic Diseases in Latin America*, Revista Panamericana de la Salud, 2010. *One Million Community Health Workers*, Columbia University Earth Institute, 2012 y *Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012.

¹¹ PROCOSAN: Norma N-097; ECMAC: Norma N-099; Plan Parto (acciones comunitarias en pro del parto institucional); Norma N-104-105-todas, MINSA, 2012.

¹² Esa norma retoma los contenidos actualizados del antiguo programa del mismo nombre que ya no existe como programa vertical, al que el estudio *Nutritional Trends* de Picado J. et al, en *Nicaragua Poverty Assessment*, Banco Mundial 2008, atribuye, junto con las intervenciones nutricionales en la Red de Protección Social (basadas en los mismos materiales y protocolo) “muy probablemente” la “reducción del retardo en el crecimiento observada en la región central rural entre 2001 y 2005” p.274. Ver también *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*, Sistema de evaluación de la Red de Protección Social: Evaluación del Impacto 2000–04, 2005.

¹³ Ver párrafo 1.8.

¹⁴ [Enlace Opcional 7.](#)

¹⁵ Proyecciones censales cuya base está desactualizada y poco confiable en escalas menores al municipio.

diseño el módulo relativo a PROCOSAN y ECMAC. Con el SICO, el MINSA está piloteando además el uso de tecnología móvil en programas de vigilancia, dotando a la red comunitaria y primaria de teléfonos pre-programados con los formatos del SICO en mensajería. El presente programa ofrece una oportunidad de llevar a escala y medir el efecto de esas innovaciones normativas y operativas en el contexto del Corredor Seco.

- 1.6 **Brechas de recursos humanos.** Bajo el modelo comunitario, la atención está organizada con base a los sectores: área de captación encabezada por un puesto de salud, con la meta de constituir un sector por cada cinco mil personas en el área urbana y cada mil en el área rural. Cada sector es atendido (en el puesto y mediante visitas comunitarias) por un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria (ESAF) constituido, en su diseño original, por un auxiliar, un enfermero y un médico, por lo que la implementación del MOSAF requiere un fuerte aumento del personal asistencial. Mientras entre 1990 y 2005 la planilla fue reducida y congelada, el MINSA ha reclutado cerca de 7.700 trabajadores desde 2007 (64% en cargos asistenciales), logrando un aumento del 35% en su fuerza laboral¹⁶. A pesar de ello la densidad de personal de salud por mil habitantes es de 1,3 -lejos del estándar de 2,5 establecido por la OMS. Las áreas de mayor dispersión poblacional, como el Corredor Seco, hacen frente a los mayores déficits. Las brechas señaladas significan que la densidad de los ESAF en el área rural está cerca de uno por tres mil personas, y muchos están conformados solamente con recursos de enfermería: en la práctica se ha logrado una transferencia de responsabilidades hacia esos perfiles para la atención primaria y comunitaria, lo cual se apeg a buenas prácticas dadas las habilidades del personal de enfermería para este tipo de atención (ver ¶1.8).
- 1.7 **Distribución por perfil, etaria y geográfica sub-óptima.** El personal de enfermería (enfermeras y auxiliares), el más afín al modelo comunitario, es el que presenta el déficit más agudo (0,5 por mil habitantes) en particular porque no se ofrece formación de auxiliar en la actualidad. Con 1,7 médico/as por cada enfermero/a, la relación es inversa a lo deseable. El congelamiento de reclutamientos en los años señalados conllevó a que la distribución etaria actual sea desbalanceada, con una sobre-representación de los recursos contratados en los años 80's: más del 32% del personal es mayor de 50 años y como tal está exento del turno nocturno. Además, el 7% del personal combina 30 años o más de antigüedad con 50 o más de edad, siendo elegible por ley para una bonificación especial si decide retirarse del sector¹⁷. Ese grupo alcanzará más de 2.100 personas durante el año 2015. Al ser el retiro voluntario y como el MINSA honra el pago de la liquidación sobre un plazo largo, la masa crítica de potenciales retirados ha preferido mantenerse en la planilla activa. Finalmente, el desbalance es geográfico: a medida que el personal, especialmente médico, acumuló años de servicio, buscó su promoción para atender en zonas urbanas y unidades de mayor resolución. Ésas son restricciones fuertes para un modelo comunitario, pero ofrecen la oportunidad de un relevo generacional que mejorará la productividad al sustituir personal con

¹⁶ MINSA, División General de Recursos Humanos.

¹⁷ El beneficio no adelanta el derecho a la pensión por vejez del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social que requiere haber cumplido 60 años de edad.

antigüedad por personal sin ese beneficio ganado, cumpliendo turnos nocturnos, de perfil menos especializado y redistribuido hacia las zonas menos atendidas. La Ley 760 de Carrera Sanitaria, aprobada en marzo de 2011, establece, entre otras, provisiones para la evaluación del desempeño y los movimientos de personal, supeditándolos a las necesidades de atención bajo el MOSAFC, no a las negociaciones sindicales como en ausencia de la ley, por lo que la gestión de recursos humanos cuenta ahora con un marco explícito para mejorar su eficiencia y las intervenciones del programa se inscribirán bajo dicho marco.

- 1.8 **Efectividad de las estrategias comunitarias y de transferencias de responsabilidades (*task shift*).** La literatura comparativa del costo-efectividad destaca las intervenciones comunitarias de promoción de la salud y nutrición del niño y de la mujer entre las alternativas de mayor valor para mejorar el estado de salud y nutrición y en especial prevenir complicaciones evitables¹⁸. La entrega comunitaria permite directamente prestar servicios, además de mejorar la concientización del uso adecuado ante signos de enfermedad. Esa concientización y los cambios de comportamiento son a la vez la clave para responder a las afecciones crónicas no transmisibles que reclaman una parte creciente de la carga de enfermedad y muertes en el país¹⁹. Esas intervenciones incluyen las de promoción, como la consejería comunitaria nutricional (que promueve antes que todo la lactancia materna), las de prevención (vacunación, vigilancia nutricional y de salud, planificación familiar) y atención primaria (atención de casos en la comunidad, suplementación, desparasitación, etc.), elementos que están incorporados en las estrategias del MOSAFC. Asimismo, las transferencias de responsabilidades para la atención hacia personal profesional no especializado, personal técnico, e incluso el involucrar a agentes comunitarios voluntarios, ha sido valorada como una estrategia efectiva de organización de servicios para lograr mayores coberturas, siempre que dicha transferencia sea el producto de un proceso dirigido, contemple una capacitación robusta y sostenida, la dotación de medios materiales para quienes asumen la atención, su acompañamiento por los niveles de mayor resolución así como condiciones para propiciar la mayor estabilidad del personal de atención y de la red comunitaria²⁰.
- 1.9 **Complementariedad con la cartera del Banco y otros programas de cooperación.** En respuesta a la problemática de nutrición y salud propia del Corredor Seco, el programa propuesto plantea acompañar la reforma emprendida por el MINSA de implementación de un modelo comunitario que requiere en primer lugar optimizar el perfil de sus recursos humanos e intensificar la prestación de servicios en las comunidades. Ese enfoque y el ámbito priorizado vienen a complementar las prioridades abordadas en la cartera en ejecución. Así, el Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria (2527/BL-NI) permite responder a la problemática de mortalidad materna y neonatal concentrada en la región Norte y Atlántico, y por ello plantea la extensión de un conjunto de

¹⁸ Ver Jamison, Dean T. et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2010; Bhutta ZA, et al. *Interventions to address deaths from childhood diarrhoea and pneumonia equitably* Lancet 2013.

¹⁹ Ver J. Sapag et al. 2010, op. cit. Pie de página 11.

²⁰ Ver OMS 2010, op. Cit. Pie de página 11.

servicios hasta en el segundo nivel. De igual forma, el Programa de Redes Integradas de Salud (2789/BL-NI) se centra en la capacidad resolutive de la red institucional y en el logro de avances normativos para propiciar la integración de la red y la continuidad de la atención, ya que éstos son prerequisites tanto para la extensión de servicios materno-infantiles como también para impulsar y sostener las estrategias comunitarias que la presente operación enfatiza²¹.

1.10 Estrategia de País y Noveno Aumento General de Recursos del BID (GCI-9).

La Estrategia de País con Nicaragua 2012-2017 (GN-2683) destaca la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de tres años y la reducción de la mortalidad neonatal, en especial en el área rural pobre, como metas prioritarias. La operación propuesta apoyará la extensión de los servicios comunitarios integrales de salud y nutrición, con énfasis en los primeros mil días, contribuyendo a disminuir la desnutrición crónica, morbilidad y mortalidad infantil. Asimismo, el programa se alinea con dos de las metas planteadas en el Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764), aporta a tres de las metas regionales de desarrollo del eje prioritario de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) y contribuirá directamente a hacer posible el acceso a servicios de salud y nutrición, en línea con el indicador regional, a la vez que apoya a uno de los “Países pobres y vulnerables”.

B. Objetivos, componentes y costo

1.11 El objetivo del programa es fortalecer la capacidad del MINSA de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas con énfasis en la región del Corredor Seco, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable. Ese objetivo pretende lograrse mediante la optimización de la composición del personal asistencial y la extensión priorizada de servicios comunitarios de salud y nutrición, con especial énfasis en las niñas y niños menores de dos años y en las mujeres en edad fértil aprovechando la ventana de oportunidad de los mil días.

1.12 Componente 1. Optimización de los recursos humanos para la extensión comunitaria (US\$25,6 millones). A través de este componente se financiarán los subcomponentes: (i) plan de optimización del talento humano; (ii) formación inicial y capacitación en servicio del personal en los perfiles prioritarios; y (iii) puesta a escala de innovaciones en las estrategias comunitarias.

1.13 Subcomponente 1.1. Plan de optimización del talento humano. El financiamiento cubrirá la compensación debida por ley a los trabajadores que decidan retirarse al haber cumplido los requisitos señalados en el párrafo 1.7. El monto presupuestado cubre la compensación para aproximadamente 1.700

²¹ El Préstamo 2725/BL-NI, con el Ministerio de la Familia, apoya visitas de estimulación temprana desde ese Ministerio y también apoya la atención referida al MINSA en la red primaria. Se establecerá un protocolo para financiar esos servicios desde una sola fuente. El único financiamiento externo a la atención proviene del Banco Mundial y no coincide en sus alcances ni su universo geográfico.

protagonistas, aplicando el porcentaje de participación estimado por el MINSA²². Los retiros generarán un ahorro neto para el MINSA (ver 2.6) principalmente por la porción de antigüedad en la remuneración del personal que se retire, con el cual el MINSA podrá dar un salto en su capacidad de atención, reasignando la masa salarial liberada a la captación de personal apto para turnos nocturnos, con perfiles más afines al modelo y en zonas más deficitarias de personal.

- 1.14 **Subcomponente 1.2. Formación inicial y capacitación del personal de relevo.** Se financiarán los gastos operativos, materiales y beca de formación inicial para un estimado de 1.100 técnicos por captar en los perfiles de auxiliares de salud, higienistas, educadores para la salud, técnicos quirúrgicos y en estadística. El MINSA ya cuenta con los contenidos de esa oferta de formación técnica, la misma que será corta e impartida en sedes descentralizadas con apoyo de las universidades. Los criterios de captación incluirán el arraigo local de los becados. Para asegurar la continuidad de la atención se iniciará con la formación de los perfiles, ahora escasos, para luego ofrecer el plan de optimización²³. Adicionalmente, se financiarán los gastos de pasantía del personal de atención primaria, ya en servicio, para la correcta aplicación de las normas de atención primaria y de vigilancia de la salud y nutrición comunitarias.
- 1.15 **Subcomponente 1.3. Puesta a escala de estrategias comunitarias innovadoras.** Se financiará la puesta a escala de las innovaciones y ajustes normativo-operativos (ver ¶1.4) al ECMAC y PROCOSAN. Se contempla mayores transferencias de responsabilidades al personal técnico y a la red comunitaria, el uso de tecnologías para optimizar el acompañamiento a la red comunitaria y el registro y seguimiento de la atención comunitaria, en especial apoyando el desarrollo continuo del SICO, financiando la reproducción de materiales, la dotación de equipo y equipamiento y los gastos de pasantía para el personal de atención primaria en la implementación de esas innovaciones.
- 1.16 **Componente 2. Extensión de servicios comunitarios de salud y nutrición en municipios priorizados del Corredor Seco** (US\$6,8 millones). El Componente 2 está focalizado en 33 municipios (ver ¶1.2), ámbito que consta de cerca de 700 comunidades, con una población estimada de 681 mil personas: 184 mil mujeres en edad fértil, 28 mil niños menores de dos años y 86 mil niños menores de seis años. Este componente comprende dos subcomponentes.
- 1.17 **Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de capacidades en la red comunitaria.** Este subcomponente financiará la capacitación de más de 3.900 agentes comunitarios, buscando certificar a una proporción creciente de la red comunitaria en el dominio de los contenidos del Manual Único del Brigadista, recién desarrollado por el MINSA. También se financiarán los gastos y materiales para el acompañamiento y seguimiento del trabajo de la red comunitaria por parte del personal de salud, la dotación de equipo de cómputo en los municipios, su conexión a la red de datos del MINSA, la dotación de teléfonos y plan de datos para varios

²² El [Enlace Opcional 4](#) detalla el cálculo efectuado con la base de datos individuales de recursos humanos del MINSA. El cálculo supone que cuanto más cerca de la edad de jubilación con el INSS (60 años), mayor tasa de participación habrá de los potenciales beneficiarios en el plan.

²³ Ver párrafo 2.7 y [Enlaces Opcionales 4 y 5](#).

brigadistas en cada comunidad para que reporten con esa tecnología las captaciones, atenciones y referencias comunitarias, extendiendo gradualmente el uso del SICO. Finalmente, se financiará la dotación correspondiente para las visitas comunitarias de los ESAFC, tales como termos, equipo antropométrico y diagnóstico básico.

- 1.18 **Subcomponente 2.2. Extensión de servicios.** Bajo este sub-componente el programa financiará en los municipios priorizados, el costo incremental de extender la cobertura de servicios comunitarios cuyos alcances seguirán las normas del PROCOSAN y del ECMAC. El conjunto además cubrirá las referencias de planificación familiar al primer nivel. La atención será considerada como producto del programa utilizando cuatro prestaciones como indicadores trazadores del conjunto, que serán: (i) Mujeres en Edad Fértil (MEF) atendidas y/o captadas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención; (ii) embarazadas y puérperas atendidas con vigilancia y consejería nutricional comunitaria; (iii) niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional comunitaria mensual; y (iv) niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad²⁴. El MINSA reportará el número de personas atendidas y los recursos financiarán un monto fijo por persona atendida aplicando el mecanismo establecido en el Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria (Préstamo 2527/BL-NI). Una auditoría técnica externa certificará la cobertura semestralmente y evaluará la calidad de la atención con periodicidad anual (ver ¶3.4).
- 1.19 El coste²⁵ detalla las prestaciones y la metodología utilizada, que describe la función de producción según el protocolo de dichas prestaciones y aplica las frecuencias esperadas basadas en las condiciones demográficas, epidemiológicas y de demanda de la población priorizada, determinando así el costo promedio anual por mujer y por niña/o del área priorizada. Se estima en US\$14,20 por año y mujer, y en US\$17,50 por año y niña/o menor de seis años. Dado que la cobertura actual se estima entre 10 y 25% según el componente, el porcentaje de financiamiento de la atención bajo el programa será del 90% para la vigilancia de embarazadas y el manejo comunitario de casos, y del 75% para el ECMAC y la vigilancia nutricional en la niñez, permitiendo cubrir el margen incremental de cobertura sin desplazar el financiamiento pre-existente al programa. La estimación del costo será actualizada anualmente (ver ¶2.3).
- 1.20 **Componente 3. Administración, gestión, evaluación y otros costos** (US\$2,6 millones). El último componente financiará los gastos para la gestión del programa, en especial lo relacionado con el cumplimiento del [Plan de Salvaguardias de Gestión](#) descrito en el párrafo 2.3. Ello incluye el fortalecimiento del equipo a cargo de la coordinación del programa, los gastos de supervisión por ese equipo y la asistencia técnica para la auditoría de verificación de los servicios financiados bajo el Subcomponente 2.2, para la validación de costos del mismo (ver ¶1.18 y ¶1.19) y para la evaluación del programa. El financiamiento cubrirá también la auditoría financiera, otros costos financieros e imprevistos.

²⁴ Los indicadores son registros nominales reportados con frecuencia normada.

²⁵ Ver [Enlace Opcional 1](#).

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.21 La Matriz de Resultados (MR) plantea impactos en cuanto al estado nutricional de la niñez, a la reducción de la morbilidad severa en la niñez y ampliación del acceso a servicios primarios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales dispersas. Los resultados esperados giran en torno al aumento de la asignación de personal asistencial del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como a la ampliación de la red comunitaria activa, y la mejora de las capacidades. También se espera mejorar el registro y uso de la información epidemiológica y de servicios a nivel comunitario. Como resultado final, se espera mejorar la cobertura de atención primaria a la niñez y mujeres en edad fértil en áreas rurales dispersas. Las reformas planteadas en materia de talento humano son un requisito, ya que el modelo comunitario requiere no solamente de las mejoras de productividad sino del crecimiento de personal esperado. Esas reformas están calibradas para hacer realidad la esencia del modelo: la extensión de la cobertura en las comunidades combinada con la transferencia o responsabilidad compartida con las comunidades.

Tabla I.1: Costos Resumidos del Programa				
Categorías de Inversión		BID NI-L1081	GONI	TOTAL
1	Optimización de los Recursos Humanos para la Extensión de la salud comunitaria	25.641.200	0	25.641.200
1.1	Plan de Optimización del Talento Humano	23.615.000		
1.2	Formación y capacitación del personal de relevo	1.200.000		
1.3	Puesta a escala de estrategias comunitarias innovadoras	826.200		
2	Extensión de Servicios Comunitarios en Municipios del Corredor Seco	6.830.528	1.200.000	8.030.528
2.1	Fortalecimiento de capacidades en la red comunitaria	2.647.056		
2.2	Extensión de servicios comunitarios	4.183.472		
3	Administración, supervisión y evaluación	1.260.739	0	1.260.739
3.1	Asistencia técnica, administración, monitoreo	858.400		
3.2	Auditoría técnica externa	167.339		
3.3	Evaluación	35.000		
3.4	Auditoría financiera	200.000		
4	Costos Financieros*	800.000		800.000
5	Imprevistos	467.533		467.533
	TOTAL	35.000.000	1.200.000	36.200.000
*Los intereses podrán ser financiados con recursos del financiamiento		96,7%	3,3%	100%

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El programa está financiado por medio de un préstamo de inversión de US\$35 millones provenientes en partes iguales del Capital Ordinario (CO) y del Fondo de Operaciones Especiales (FOE). El Gobierno de Nicaragua seguirá aportando con recursos del tesoro y dentro del Presupuesto General de la República (PGR) un monto estimado en US\$1,2 millones para completar el costo la atención comunitaria en el área priorizada y durante el período del programa, para un costo total del programa de US\$36,2 millones. Los recursos del tesoro serán reportados como contrapartida (son necesarios para la entrega de los productos correspondientes), pero no serán incluidos en los estados financieros y no formarán

parte del alcance de la auditoría financiera externa dado que tanto el costo total de atención como las atenciones producidas serán verificados, dejando en evidencia que la porción complementaria del costo habrá sido cubierta con recursos adicionales del MINSA, y ya que éstos están siendo auditados dentro del PGR.

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.2 Este programa no financia costos de infraestructura. De acuerdo con la Política de Medio Ambiente (OP-703) recibió la clasificación categoría “C”. El programa beneficiará a comunidades aisladas, algunas de las cuales son indígenas, ya que financia extensión de servicios y apoya la redistribución del personal hacia zonas de difícil acceso. En concordancia con la Política OP-765 Pueblos Indígenas, se ha analizado que los protocolos de los servicios apoyados por este programa se fundamentan en la participación social y han sido validados para asegurar su pertinencia en los contextos rurales del ámbito del programa. Esos servicios mejoran el acceso y oportunidades para el cuidado de la salud y nutrición de la mujer y de la de sus hijas e hijos, cuidado que recae principalmente sobre la mujer. El Reglamento Operativo (RO) recoge como norma y presenta los procedimientos para asegurar que se promueva la equidad de género en el ofrecimiento de los beneficios indirecta o directamente relacionados con el Componente 1 (ej. el reclutamiento del relevo, la matrícula de formación, etc.).

C. Riesgos fiduciarios

- 2.3 La revisión más reciente de adquisiciones (mayo de 2013), bajo las operaciones en ejecución, confirma que el MINSA gestiona los procesos en forma satisfactoria. El presente programa requiere pocas adquisiciones y principalmente de baja complejidad, permitiendo que las compras de bienes y obras contratadas mediante licitaciones públicas nacionales o comparación de precios y las contrataciones competitivas de consultores individuales, estén sujetas a revisión ex post. En relación a la capacidad financiera, se efectuó una revisión bajo el Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) a finales de 2012, y las revisiones semestrales e informes de auditoría externa de las operaciones en ejecución confirman que el MINSA presenta un nivel de riesgo de gestión financiera bajo, por lo que la revisión de los desembolsos se efectuará en forma ex post y los anticipos de fondos podrán hacerse de manera que solventen las necesidades reales de liquidez por períodos de hasta seis meses. Dada la importancia de la cartera de salud en la Estrategia con Nicaragua se plantea sistematizar el seguimiento gerencial mediante un plan de salvaguardias de gestión con medidas para asegurar que las capacidades de gestión del MINSA se mantengan adecuadas. **Como condición contractual especial previa al primer desembolso, el MINSA deberá presentar evidencia de que cuenta con el equipo técnico-operativo de apoyo para la ejecución del programa** y como condición contractual de ejecución el MINSA presentará junto con los informes semestrales, la evidencia del cumplimiento con las acciones de mitigación que se hayan identificado en el plan en las fechas acordadas²⁶. Finalmente, un riesgo

²⁶ Ver [Enlace Opcional 6](#). En la actualidad el equipo técnico-operativo consta de cinco recursos en adquisiciones y tres en gestión financiera. **Previo al primer desembolso se requiere de: (i) un gerente**

fiduciario está dado por el grado de precisión logrado en el coste del per cápita (ver ¶1.18 y ¶1.19). Para mitigar este riesgo y como condición contractual especial de ejecución, el Banco y el MINSA revisarán anualmente por medio de los registros contables si los parámetros del coste del Subcomponente 2.2 guardan consistencia con los costos reales y acordarán los ajustes al costo fijo per cápita financiado para los períodos posteriores a la verificación, de encontrarse una discrepancia significativa.

D. Otros riesgos

- 2.4 La sostenibilidad de los servicios parcialmente financiados por el programa está al alcance del MINSA dado que el Componente 2 aporta un financiamiento anual equivalente al 0,5% del presupuesto institucional, muy por debajo del aumento al presupuesto proyectado en el Marco Presupuestario de Mediano Plazo²⁷. Se espera además que la absorción de ese costo se logre en parte por la redistribución del presupuesto entre niveles de resolución, ya que mayores coberturas de servicios comunitarios efectivos tienden a disminuir en el mediano plazo la demanda de servicios hospitalarios, de mayor costo²⁸. Asimismo, la optimización de recursos humanos produce un aumento de productividad al contar con recursos de menor costo produciendo más atención en las áreas priorizadas (ver ¶1.7 y 2.7). El riesgo de que el financiamiento con recursos nacionales de los servicios comunitarios en los municipios beneficiados se vea desplazado por financiamientos externos se evita gracias a que el financiamiento es parcial, por lo que permitirá movilizar recursos fiscales hacia los municipios donde el MINSA capta los recursos adicionales. Se monitoreará que el financiamiento fiscal agregado no disminuya. Para ello, siendo una condición contractual especial de ejecución, el MINSA deberá remitir antes del 31 de marzo de cada año la programación de recursos para el año en curso y el reporte de ejecución del PGR del año anterior en las actividades de promoción y prevención de enfermedades, y primer nivel de atención, desglosado a nivel municipal para los 33 municipios beneficiarios y a nivel de SILAIS para el resto del país. Finalmente, el riesgo de falta de estabilidad del personal en zonas alejadas mencionado en el párrafo 1.8 se mitiga por la misma estrategia de transferencia de responsabilidades: en la actualidad, la rotación del personal técnico y de enfermería asignado al primer nivel es baja. Además se dará seguimiento a indicadores como la densidad del personal técnico en áreas dispersas, su capacidad y la de la red comunitaria, y el personal de relevo que será captado localmente desde su período de formación (ver ¶1.14).
- 2.5 El financiamiento de las compensaciones bajo el plan de optimización es justificado en cuanto constituye un gasto transitorio, necesario para alcanzar el objetivo del programa. El plan es una pieza clave de la reforma institucional del MINSA bajo el MOSAFC y la Ley de Carrera Sanitaria, toda vez que permitirá al MINSA, con la misma masa salarial, producir más y mejores atenciones según el modelo comunitario. Por un lado, una vez cerrado el plan de optimización, el MINSA

general técnico; (ii) dos especialistas y cuatro analistas en adquisiciones; y (iii) dos especialistas y tres analistas en gestión financiera.

²⁷ 62% entre 2011 y 2015, en córdobas corrientes, Ministerio de Hacienda, 2012.

²⁸ Ver Jamison, Dean T., op.cit. pie de página 17.

continuará honrando sus obligaciones con futuros aspirantes al retiro acordando pagos a plazo como lo ha venido haciendo. Por otro lado, al retirarse una cohorte numerosa y sostenerse el crecimiento reciente del sector, el peso relativo del grupo de mayores de 50 años no vuelve a los niveles actuales²⁹. Pocos trabajadores podrían decidir retirarse, dado que el plan es voluntario y no ofrece una compensación mayor a la prevista en el Convenio Colectivo. El incentivo del plan consiste en que el pago sea total e inmediato— de ahí que MINSA estima hasta un 80% de participación en promedio por sondeos con potenciales retirados, esperando mayor participación entre los mayores de edad. Por el contrario, para evitar que más trabajadores postulen de lo que permite el financiamiento, garantizar una buena aceptación de esta reforma, y que no afecte la atención en las unidades de asignación actual de los potenciales jubilados, el MINSA está planificando la secuencia entre las intervenciones del Componente 1 que está reflejada en el [Manual de Implementación](#). Ese manual prevé ofrecer el plan una vez arrancado el esfuerzo de formación para el relevo de los potenciales retirados. Los actores relevantes serán partícipes en la decisión de reponer los cargos. La preparación de los perfiles de relevo prevé formaciones intensivas cuyos contenidos ya están desarrollados. El acuerdo entre el Banco y el MINSA sobre los alcances del manual se considera una condición básica que deberá estar cumplida previo a la suscripción del Contrato de Préstamo. Al presentar gastos relacionados con las compensaciones del plan de optimización del talento humano, el prestatario deberá adjuntar, como condición de ejecución, la evidencia de que los retiros se hayan llevado a cabo de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en el RO y cualquier modificación de los mismos previamente acordada con el Banco.

- 2.6 Se analizó el impacto del plan de optimización sobre el presupuesto de salud y del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), en cuanto podría constituir un riesgo fiscal. Suponiendo que se retiran un poco más de 1.700 personas, el plan producirá un ahorro en el presupuesto de salud por contratar a personal sin antigüedad acumulada. Este ahorro se estima en más de US\$3,6 millones en 2015, mientras el aumento en el gasto del INSS por el pago de las pensiones a aquellos retirados mayores de 60 años³⁰ en esa misma fecha sería de entre US\$4,6 y US\$6,8, produciendo un impacto neto de entre US\$1 y US\$3,2 millones ese año, lo cual representa entre 0,3% y 1% del gasto público en salud del 2012.
- 2.7 Finalmente, el [Estudio Económico](#) concluye en su acápite de estimación ex ante de costo-efectividad que la extensión de servicios comunitarios podría producir ganancias de salud estimadas en 38 mil Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cuatro años de intervención y un costo estimado de US\$105 por AVAD ganado³¹, que en comparación de otros programas o del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de Nicaragua parece ser una inversión asequible para el país.

²⁹ De más del 32% en la actualidad a 18% en 2018.

³⁰ Cálculo basado en los datos del Anuario Estadístico del INSS 2012. El impacto varía según la tasa de participación en el plan de los trabajadores elegibles mayores de 60 años.

³¹ Se utilizan los datos de la OMS (ver pie de página 28).

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 **Organismo Ejecutor y período de desembolso.** El MINSA es el organismo ejecutor del programa. El período para desembolsos será de cuatro años y medio contados a partir de la vigencia del contrato. La Dirección de Cooperación Externa es responsable de la coordinación general de los programas, cuenta con el apoyo técnico de las direcciones involucradas en los programas y de las divisiones generales Administrativa Financiera y de Adquisiciones. El [RO de los programas](#), común para todas las operaciones con financiamiento BID, recoge los mecanismos de gestión, como es el seguimiento semanal al Plan Operativo Anual (POA) por el comité operativo, y el involucramiento de los territorios como parte integrante del equipo de implementación. Adicionalmente, el [Plan de Salvaguardias de Gestión](#) establece los estándares de dotación de personal de proyecto, perfiles, mecanismos operativos y de decisión para asegurar la oportuna implementación de los programas, definiendo la composición del equipo de apoyo descrito en el párrafo 2.3 y pie de página 8.
- 3.2 **Adquisiciones y gestión financiera.** El programa se implementará en base a un Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC), gestionado a través de SEPA y se regirá por las Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID y las Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID (GN-2349-9 y GN-2350-9). Aplicarán los umbrales señalados en el Anexo III. Se anticipa la contratación directa por continuación de servicios de la firma auditora que fue contratada en 2012 para la auditoría conjunta de los estados financieros de las operaciones con financiamiento del BID, de conformidad con el literal (a) del párrafo 3.1 del documento GN-2350-9; así como la contratación de gestores locales en los SILAIS y municipios priorizados como contratistas de servicio³². El MINSA negociará el monto de los gastos operativos relacionados con los servicios de conectividad y telefonía para el uso del SICO con la o las compañías que ofrezcan cobertura en las áreas priorizadas. El MINSA utilizará los sistemas nacionales SIGFAPRO para la ejecución financiera del programa y SISCAE como medio de difusión de los procedimientos de contratación. El MINSA recibirá adelantos por un monto suficiente para cubrir los desembolsos proyectados para el período de hasta seis meses siguiente al adelanto, según conste en el Plan Financiero vigente. Para el Subcomponente 2.2, el MINSA presentará como detalle de gastos de las solicitudes de desembolso la planilla consolidada por municipio del número absoluto de personas atendidas en el período en los cuatro indicadores trazadores. Los gastos efectuados con los recursos de esas transferencias deberán ser registrados. La revisión ex post de los desembolsos analizará la elegibilidad de los gastos efectuados con recursos del financiamiento según si: (i) corresponden a conceptos predefinidos como elegibles; y (ii) en el caso del Componente 2, reflejan como municipios objeto

³² Las funciones, calificaciones mínimas, condiciones de empleo, procedimientos de selección y el tipo de revisión de los procesos y documentos están indicados en el RO; el proceso será incluido en el Plan de Adquisiciones.

del gasto, uno de los 33 municipios priorizados. La auditoría financiera será anual y tendrá un alcance acordado en función de los resultados de la supervisión financiera.

B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.3 El MINSA preparará POA estructurados alrededor de los productos esperados estipulados en la MR que serán el eje para la gestión del programa y la referencia de los informes semestrales (ver [Arreglos para Monitoreo y Evaluación](#) y RO). Ésos describirán los logros y avances en la optimización de los recursos humanos, mejoría de capacidades para la atención comunitaria y la extensión de cobertura, así como los retos para el siguiente semestre. Se incluirá un análisis de las desviaciones eventuales con la programación y su actualización.
- 3.4 **Será condición contractual especial previa al primer desembolso que el MINSA presente el informe de adjudicación del proceso de contratación de la firma independiente para realizar semestralmente la auditoría técnica externa de los servicios prestados con los recursos del Componente 2**, con el objetivo de certificar el volumen y calidad de atenciones reportados. La auditoría cotejará una muestra de los datos agregados de producción de servicios reportados por el MINSA al BID, con la información desglosada de las prestaciones individuales en sus fuentes primarias y por encuestas y observación en las comunidades. Si se encuentran errores de consolidación se efectuarán los ajustes del caso en la justificación del anticipo. La auditoría técnica incluirá cada año la observación de la prestación de los servicios financiados con el per cápita así como encuestas en la población para valorar la calidad de las atenciones recibidas. Los términos de referencia de la auditoría técnica serán anexados al RO.
- 3.5 **Evaluación.** Con los recursos del préstamo se financiará una evaluación independiente y reflexiva que constará de una evaluación de medio término a los cuatro semestres contados desde la elegibilidad, y otra final a los ocho semestres de esa misma fecha. El objetivo de la evaluación es documentar los resultados del programa según la MR y profundizar sobre los factores que influyen en su desempeño. Dado que la efectividad de las intervenciones seleccionadas ha sido comprobada³³ el énfasis está en documentar la calidad de la implementación, verificando a la vez la confiabilidad de los registros y estimando los resultados en el área en contraste con el nivel nacional. La evaluación usará las estadísticas oficiales de morbi-mortalidad en los municipios beneficiados y nacionales, los reportes e información adicional del MINSA, los datos recolectados de forma independiente en ocasión de la auditoría técnica e información cualitativa adicional. Contando con el informe de evaluación de medio término, el BID y el MINSA acordarán acciones correctivas o ajustes a la MR que propicien el logro de las metas correspondientes durante el resto de la operación. La evaluación final deberá documentar el logro de las metas de impacto pactadas, ponerlo en el contexto de lecciones aprendidas sobre los factores que influyeron sobre el desempeño y será compartida para el cierre del programa.

³³ Ver pies de página 6, 7, 12, 17, 18, 19 y 28.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	i) Préstamos a países pequeños y vulnerables y ii) Préstamos para la reducción de la pobreza y la promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	i) Coeficiente Gini del ingreso per cápita del hogar, ii) Tasa de mortalidad infantil, iii) Incidencia de enfermedades transmitidas por el agua y iv) Porcentaje de niños menores de 5 con registro de nacimiento.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Individuos (todos, indígenas) que reciben un paquete básico de servicios de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2683	Reducir la desnutrición crónica en niños dentro de la ventana de los 1.000 días en comunidades rurales y urbanas pobres.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2696	La intervención no está incluida en el Documento de Programación de País 2013.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	8.0		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	33.33%	10
4. Análisis económico ex ante	7.6	33.33%	10
5. Evaluación y seguimiento	6.5	33.33%	10
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Bajo		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Sí	Administración financiera: i) Presupuesto; ii) Tesorería y iii) Contabilidad y emisión de reportes. Adquisiciones y contrataciones: i) Sistema de información.	
El proyecto usa un sistema nacional diferente a los indicados arriba para ejecutar el programa			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	El proyecto contribuirá a mejorar la salud de las mujeres en edad fértil de la zona del Corredor Seco por medio de un enfoque de comunidad con énfasis en los temas de género.	
Trabajo	Sí	El proyecto contribuirá a la capacitación del personal empírico transformándolo en personal técnico de salud en la zona del Corredor Seco.	
Medio ambiente			
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	Sí	Se dará asistencia técnica como apoyo en la implementación del programa y para la preparación del reglamento operativo y para cumplir las condiciones previas al primer desembolso.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.			

La operación es un préstamo de inversión a la República de Nicaragua por US\$ 36.2 millones, a ser financiados por el Fondo para Operaciones Especiales (US\$ 17.5 millones) y el Capital Ordinario del Banco (US\$ 17.5 millones), y recursos de contrapartida local (US\$ 1.2 millones). El objetivo del proyecto es mejorar el estado de salud de la población más vulnerable del país, a través del fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud de ofrecer servicios en las comunidades rurales más dispersas, especialmente en la región del Corredor Seco.

La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico adecuado. Con base en evidencia empírica identifica los retos que prevalecen en el país en materia de salud, principalmente en la región del Corredor Seco, en donde las enfermedades transmisibles, las afecciones del período perinatal y las deficiencias nutricionales siguen explicando gran parte de la mortalidad y la morbilidad de la población. El documento señala como factores causales de esta situación las características climáticas de esta zona geográfica, así como las limitaciones en la oferta de servicios de salud existente hoy en día. En particular, el documento enfatiza las barreras que hay en materia de recursos humanos para los servicios comunitarios y de atención primaria. En este sentido, propone un plan de optimización del personal, caracterizado fundamentalmente por un relevo generacional que permitirá ahorrar recursos al Ministerio y prestar una atención más adecuada según las necesidades actuales del país. El documento cita evidencia de la efectividad de este tipo de intervenciones, tanto para Nicaragua como para otros países de la región.

La matriz de resultados es adecuada. Presenta impactos, resultados y productos claros, con indicadores SMART para medir su implementación. El anexo de análisis económico es apropiado. Con base en supuestos razonables, presenta un análisis fiscal del plan de optimización de recursos humanos y un análisis costo-efectividad de la extensión de servicios comunitarios en la región del Corredor Seco. La operación cuenta con un plan de monitoreo y evaluación que incluye una metodología reflexiva.

La matriz de riesgos es adecuada. Identifica y califica los riesgos del proyecto, y propone medidas de mitigación con indicadores para medir su implementación.

Matriz de Resultados

Objetivo del Proyecto	Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MINSA) de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable. Ese objetivo pretende lograrse mediante la optimización de la composición del personal asistencial y la extensión priorizada de servicios comunitarios de salud y nutrición, con especial énfasis en las niñas y niños menores de dos años y en las mujeres en edad fértil aprovechando la ventana de los mil días.				
Impactos esperados	Indicador	Línea de base	Fuente	Meta Final (año)	Comentarios
Estado nutricional en la niñez.	Desnutrición crónica en menores de dos años en los SILAIS de Madriz y Nueva Segovia.	19,6% (2011-12)	ENDESA 2011-12	14% (2016)	Los SILAIS de Madriz y Nueva Segovia se utilizan como típicos de la región del Corredor Seco en las fuentes existentes que no tienen representatividad para el ámbito de municipios priorizados. En 2011-12, ese indicador está en 12,8% a nivel nacional. La fuente para documentar el impacto final será la ENDESA 2016. Existe evidencia internacional de intervenciones comunitarias de vigilancia y consejería con impactos similares a los planteados.
Morbilidad severa en la niñez.	Tasa de hospitalización por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años en los SILAIS de Madriz y Nueva Segovia.	8,8 por 1.000 menores de cinco años. (2012)	Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) del MINSA	6 por 1.000 menores de cinco años (2017)	Se obtendrá de los registros continuos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) del MINSA. La meta final supone cambios por la labor de promoción, prevención y atención comunitaria cuya efectividad está respaldada en la evidencia en contextos similares al de intervención.
	Tasa de hospitalización por neumonía en menores de cinco años en los SILAIS de Madriz.	28,6 por 1.000 menores de cinco años. (2012)	ONE-MINSA	20 por 1.000 menores de cinco años (2017)	Se obtendrá de los registros continuos de la ONE-MINSA. La meta final supone cambios por la labor de promoción, prevención y atención comunitaria cuya efectividad está respaldada en la evidencia en contextos similares al de intervención.

Acceso a servicios primarios de salud sexual y reproductiva.	Demanda insatisfecha de planificación familiar en el SILAIS de Madriz.	14% (2011-12)	ENDESA 2011-12	12,5% (2016)	La demanda insatisfecha se calcula como el porcentaje de mujeres en edad fértil que contestan que no quieren quedar embarazadas al momento de la encuesta (o no querían si lo están), que tienen pareja y que no cuentan con un método moderno de planificación. Se plantea una reducción modesta (10%) toda vez que la cobertura comunitaria actual es baja y podría requerir de un tiempo para aumentar. La fuente del dato de impacto será la ENDESA 2016.
--	--	------------------	-------------------	-----------------	---

Resultados esperados	Indicadores	Línea de Base	Meta (final del programa)	Comentarios
Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliadas.	Enfermeras y auxiliares asignadas al primer nivel de atención por 10.000 habitantes en los SILAIS de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Chinandega y León.	60,42 (2013)	64,88	Datos del MINSA.
	Tasa de “agente comunitario” por sector en los municipios priorizados.	15 comunitarios por sector rural y 25 comunitarios en sector urbano (2013)	20 comunitarios por sector rural y 25 comunitarios en sector urbano.	Datos del MINSA.
Capacidades del personal de atención primaria y de la red comunitaria mejoradas.	Porcentaje de los recursos técnicos (estadísticos, higienistas, educadores para la salud y auxiliares de enfermería) que son empíricos en los SILAIS priorizados.	75% de empírico (2013)	25% de empíricos	Los estadísticos son en un 72% de empíricos en la actualidad. Fuente: datos del MINSA.
	Porcentaje agentes comunitarios activos de los municipios priorizados certificados en los contenidos del Manual Único del Brigadista.	0% (2013)	20%	Con el supuesto que el programa puede financiar capacitación a 3.960 agentes comunitarios (120 por municipio) pero que puede haber deserción. Fuente: datos del MINSA.

Registro y uso de información epidemiológica y de atención comunitarias mejorada.	Porcentaje de municipios priorizados cuyo reporte de atenciones e información comunitaria hacia el SILAIS se efectúa por medio del SICO mensualmente.	50% de los municipios priorizados (2013)	90% de los municipios priorizados	Datos del MINSA.
Resultado final				
Cobertura de atención primaria a niñez y mujeres en edad fértil en zonas rurales dispersas mejorada.	Porcentaje de niños de 23 meses de edad del área priorizada que cuentan con su esquema de vacunación completo.	67,5% (2013)	80%	Fuente inicial ENDESA 2011-12, usando el SILAIS Madriz como representativo del Corredor Seco. Fuente final: ENDESA 2016.
	Prevalencia de métodos modernos de planificación familiar en el área priorizada.	75,8% (2013)	80%	Fuente inicial ENDESA, usando el SILAIS Madriz como representativo del Corredor Seco. Fuente final: ENDESA 2016.

Componente 1. Optimización de los recursos humanos para la extensión de servicios comunitarios en áreas rurales dispersas.	Línea de Base (2013)	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Meta Final	Comentarios
Productos	0	800	438	400	0	1.638	Calculado como el 78% de los elegibles a 2015, para lo cual la asignación presupuestaria bastaría.
Personal acogido en el programa voluntario de relevo generacional.							
Personal técnico formado.	0	350	200	100	0	650	Supuesto: 300 auxiliares, 100 higienistas, 100 educadores para la salud, 75 técnicos quirúrgicos y 75 estadísticos. Eso es el producto, sin perjuicio de que se financie además en el componente capacitaciones en servicio y para todo el personal de APS.

Equipos municipales de salud implementando innovaciones en estrategias comunitarias.	0	0	40	60	20	120	
Componente 2. Extensión de servicios comunitarios en municipios priorizados del Corredor Seco.	Línea de Base (2013)	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Meta	Comentarios
Agentes de la red comunitaria de los municipios priorizados usando tecnología móvil para el registro de atención y referencia comunitaria.	0	200	600	800	800	800	Meta acumulativa (más allá de este indicador de producto se financia para entregarle temas de conectividad y capacitación y dotación de equipamiento básico a la red comunitaria).
ESAFc de los municipios priorizados dotados de equipos y equipamiento básico.	0	100	228	228	228	228	Meta acumulada. Bajo esa meta se consultaría con la Dirección Superior si se abarcan medios de transporte para las visitas comunitarias donde más hagan falta además del equipamiento básico en especial, termos para transporte biológicos, más tensiómetros etc.
Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas y atendidas con método anti-conceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención en los municipios priorizados.		12.512	21.459	26.471	36.248	36.248	Indicador es trazador. En el PMR se podrá consolidar un solo producto por perfil de protagonista, y dejar los trazadores como hitos. Consultoría está confirmando línea de base.
Embarazadas y puérperas de los municipios protagonistas atendidas con vigilancia y consejería nutricional según la norma del PROCOSAN.		1.961	3.232	3.834	5.054	5.054	
Niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según la norma del PROCOSAN.		8.644	14.594	17.723	23.890	23.890	

Niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad según la norma del PROCOSAN.		26.070	44.015	53.452	72.053	72.053	
Componente 3. Administración, gestión, evaluación y otros costos.	Línea de Base (2013)	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Meta	Comentarios
Acciones del Plan de Salvaguardias de Gestión correspondientes al período implementadas.	0	6	3	3	3	15	Ejemplo de medida del plan de acción: “El Ministerio de Salud cuenta con no menos de cinco analistas y especialistas de adquisiciones dedicados a la implementación de los programas, y su perfil cumple con los requisitos acordados entre el Banco y el MINSA”. Bajo ese producto se reflejarán todos los costos de operación del programa: asistencia técnica equipo de apoyo, gastos operativos de supervisión, equipamiento para transporte, cómputo etc.
Informes de verificación de cobertura y calidad entregados (auditoría técnica externa).		1	2	2	3	8	Auditoría técnica externa.
Informes de evaluación externa entregados.	0	1	1	0	1	3	Evaluaciones de proceso e impacto, se buscarán recursos de donación para cubrir ese producto.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Nicaragua

PROYECTO N°: NI-L1081

NOMBRE: Programa de Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en las Comunidades del Corredor Seco de Nicaragua

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSa)

PREPARADO POR: Santiago Alejandro Castillo Victoria; Especialista Senior en Adquisiciones (FMP/CNI) y Juan Carlos Lazo; Especialista Senior en Gestión Financiera (FMP/CNI).

I. Resumen ejecutivo

1. La evaluación de la gestión fiduciaria se realizó sobre la base en los resultados de la supervisión fiduciaria en materia de adquisiciones, de las operaciones ejecutadas por MINSa.
2. A partir de los resultados de la evaluación del SNCP, utilizado la Metodología de la OECD/DAC, el Gobierno a través de la DGCE ha definido un Plan Estratégico con el objetivo de modernizar su sistema de contrataciones, actualmente el Banco trabaja en coordinación con el MHCP, para alcanzar este objetivo. Por lo que se refiere a la gestión fiduciaria en MINSa, tal como se detallará en las secciones siguientes, en materia de adquisiciones ha venido fortaleciéndose a partir de la adopción de recomendaciones emitidas en el marco de otras operaciones financiadas por el Banco (1897/BL-NI; 2527/BL-NI y 2789/BL-NI).
 - En temas de gestión financiera, el OE cuenta con experiencia acumulada, ha demostrado un manejo aceptable en recientes operaciones financiadas por el Banco. No obstante se seguirá incidiendo en capacitaciones en asuntos puntuales con el fin de mejorar algunos temas de control y asegurar que se mantenga bajo la modalidad de revisión de desembolsos ex – post.
3. El proyecto no incluye financiamiento de otros multilaterales.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1 La división de adquisiciones del MINSa gestiona todas las adquisiciones requeridas por la entidad, a excepción de los procesos de compras por cotización financiados con recursos nacionales, los que son gestionados en forma descentralizada por los SILAIS y hospitales ubicados en el territorio nacional. El ejecutor debe cuidar que se mantenga el equilibrio entre capacidad de gestión y carga de trabajo. El personal que será responsable de las adquisiciones de la operación, cuenta con los perfiles y competencias técnicas acordes al nivel de complejidad de esta operación, no obstante requieren de supervisión cercana por parte del Banco.

- 2.2 En gestión financiera la Institución cuenta con experiencia acumulada en la ejecución de proyectos del Banco, dispone del uso del sistema financiero/contable SIGFAPRO como sistema de uso nacional reconocido por el Banco, ha tenido un aceptable desempeño, sin embargo será necesario fortalecer algunos aspectos menores para mejorar la gestión de control interno, detectados en la evaluación SECI (ver Matriz de Acuerdos de Requisitos fiduciarios).

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

- 3.1 El riesgo asociado a la función de adquisiciones ha incrementado notablemente en el MINSA, debido a que tres de las cinco consultoras expertas han decidido renunciar a su cargo, y toda la gestión de las adquisiciones en el marco de las operaciones financiadas por el Banco está siendo operada por personal nuevo del MINSA, el cual no posee mucha experiencia operativa en adquisiciones aplicando las Políticas y Procedimientos. El tiempo invertido en los procesos es notorio; lo cual genera atrasos en la ejecución y desactualización del Plan de Adquisiciones.
- 3.2 El MINSA debe asegurarse que todos los procedimientos se gestionen de buena calidad. Para ello, se deberá promover el uso de guías de procesos preparadas por el Banco, realizar sondeos de mercado y mantener el Plan de Adquisiciones actualizado. Se recomienda fortalecer el área de adquisiciones con la contratación de dos especialistas más, con experiencia en gestión procesos, o bien, que con recursos del Banco se contrate un experto en adquisiciones que apoye al personal clave del MINSA.
- 3.3 Otros riesgos detectados para los aspectos financieros de poca importancia, son la falta de divulgación de manuales de procedimientos de la gestión financiera, así como la carencia de un plan de reemplazo ante ausencias temporales hace que la organización sea vulnerable ante situaciones que afecten la presencia del personal; así como el espacio físico para el personal es muy limitado, lo cual genera atraso en la decisión de contratar nuevo personal para apoyar esta Dirección y atrasos en el ingreso de los registros contables a los sistemas financieros.
- 3.4 Se recomienda que el Banco considere la posibilidad de contratar a un contador junior para ayudar temporalmente al equipo contable de proyectos del MINSA a poner al día los registros, y que la misma persona fuera pagada con fondos BID y enviada directamente por el Banco, esto para que no esté expuesta a cuestionamientos o condicionalidades de parte de la dirección superior del Ministerio.
- 3.5 Estos aspectos han sido analizados a la luz del ejercicio SECI, las acciones correspondientes están contenidas en el plan de mitigación de la matriz de fortalecimiento consensuada entre el OE y el Banco.
- 3.6 Finalmente el equipo de proyecto ha contratado a un consultor especializado en gestión operativa, financiera y de adquisiciones, quién está desarrollando sobre la base del ejercicio SECI y la revisión de los arreglos organizativos una propuesta que conste como Plan de Salvaguardias de Gestión, es decir una serie de medidas de mediano plazo y cuyo monitoreo tendría que establecer y mantenerse de forma rutinaria a lo largo de la

implementación del programa. Ese Plan tendrá aplicación como anexo del Reglamento Operativo, sobre todas las operaciones de la cartera con MINSA.

3.7 El riesgo global fiduciario para el proyecto se considera medio.

IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos

- 4.1 A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:
- a. El Sector Financiero coincide con la propuesta del equipo de proyecto de incluir en los términos de la negociación el acuerdo sobre: el ROP del proyecto y en especial, que como anexo a éste se acuerden los términos del Plan de Salvaguardias de Gestión, en especial en los aspectos Fiduciarios.
 - b. Recomendación adicionalmente incluir como condición previa a primer desembolso que: (i) las acciones correspondientes del Plan de Salvaguardias de Gestión estén cumplidas, en especial que la estructura fiduciaria del ejecutor, señalada en el ROP, esté en función antes del inicio de la operación; (ii) el SIGFAPRO esté implementado para su uso en la operación;
 - c. Se recomienda utilizar el tipo de cambio vigente en el país del prestatario en la fecha en que los recursos fueron convertidos de divisa a córdoba por el OE; y
 - d. Se presentarán EFA anuales, auditados por una Firma de Auditores Independientes elegible para el Banco. Los EFA se deberán presentar a más tardar 120 días después del cierre de cada ejercicio y de la fecha de último desembolsos.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

1. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1 Las Adquisiciones del proyecto con recursos del BID, serán realizadas siguiendo lo establecido en las políticas GN-2349-9 y GN-2350-9 y ejecutadas bajo la responsabilidad del MINSA central.
- **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría:** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría¹ generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) o las Comparaciones de Precios se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección, es responsabilidad del jefe de equipo de proyecto como especialista sectorial del proyecto.

¹ Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo ([GN-2349-9](#)) párrafo 1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

- **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida o acordada con el Banco. La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del jefe de equipo de proyecto como especialista sectorial del proyecto.
 - **La selección de los consultores individuales:** Se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos. La revisión de los términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría, es responsabilidad del jefe de equipo de proyecto como especialista sectorial del proyecto.
- 5.2 **Gastos Recurrentes:** se contempla la dotación de equipamiento, material de oficina y transporte, gastos de funcionamiento, los que serían financiados por el proyecto dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco, y serían realizados siguiendo los procedimientos administrativos del Organismo Ejecutor OE, los cuales serán revisados y acordados con el Banco en forma previa. El monto máximo previsto para estos gastos es de USD\$75.000.00, durante la vida del proyecto.
- 5.3 **Gastos Operativos:** se contempla el uso de la modalidad de gastos operativos para los gastos siguientes:
- 5.4 Gastos de matrícula, pasantía y logística de capacitaciones, viáticos y reproducciones de material técnico, para los eventos de formación y capacitación previstos en ambos componentes del programa, por un monto total estimado de US\$2.827.500; el pago de servicio de red de datos y de uso de telefonía celular-mensajería de texto, para la dotación de la red comunitaria y personal de salud de primer nivel, previsto en el componente 2 por un monto total estimado de US\$837.456; viáticos, combustible, mantenimiento de vehículos y reproducción de materiales para las actividades de supervisión previstas en los tres componentes, por un monto total estimado de US\$493.100.

2. Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Categoría del Gasto	Monto en Miles US\$ (000)	Método de Adquisición	Revisión del BID
Obras	≥1.500	LPI	Ex ante
	>1.0	CD	Ex ante
	< 1.500	CP	Ex ante los 3 primeros procesos o contratos y Ex Post los siguientes.
Bienes	≥150	LPI	Ex ante
	>1.0	CD	Ex ante
	< 150	CP	Ex ante los 3 primeros procesos o contratos y Ex Post los siguientes
Servicios de no Consultoría	>150	LPI	Ex ante
	>1.0	CD	Ex Post
	< 150	CP	Ex ante los 3 primeros procesos o contratos y Ex Post los siguientes

Categoría del Gasto	Monto en Miles US\$ (000)	Método de Adquisición	Revisión del BID
Firmas consultoras	>200	Lista Corta Internacional	Ex Ante
	≤200	Lista Corta nacional	
	>1.0	CD	Ex Ante
Consultores Individuales	Ver Sección V Política GN-2350-9		Ex Post
	>1.0	CD	Ex Ante

Nota: Los montos límites establecidos para revisión ex-post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE y pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe.

3. Adquisiciones Principales

- 5.5 La unidad de adquisiciones del MINSA central, será responsable de la preparación del Plan de Adquisiciones.

ADQUISICIONES PRINCIPALES

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado (miles de US\$)
Bienes			
Equipamiento médico básico para municipios priorizados	CP	Julio 2014	140
Adquisición de vehículos	LPI	Julio 2014	300
Equipo de Comunicación (GPS)	CP	Julio 2014	50
Equipamiento informático (computadoras, mobiliario de oficina)	LPI	Julio 2014	200
Equipo de cómputo para Centros de Salud y sede-SILAIS	CP	Julio 2014	48
Kits de brigadistas	CP	Julio 2014	150
Servicios de no consultoría			
Firmas²			
Auditoría anual para el programa	CD		200.00
Auditoría técnica externa	SBCC		167.00
Individuos			
Personal asistencia técnica para plan de optimización	CCIN	Mayo 2014	15
Personal gestores del plan de salvaguardias de gestión	Contratistas de servicio	Mayo 2014	700
Personal Técnico de evaluación externa	CCIN	Mayo 2014	35

- 5.6 Se anticipa la contratación directa por continuación de servicios de la firma auditora que fue contratada en 2012 para la auditoría conjunta de los estados financieros de las operaciones con financiamiento del BID, de conformidad con el literal (a) del párrafo 3.1 de las políticas GN-2350-9.
- 5.7 Para la contratación de gestores locales en los SILAIS y municipios priorizados se especifica que serán contratados bajo la modalidad de contratistas de servicio, y que un

² En el caso de Servicios de Consultoría, significa la integración de la lista corta por firmas de diversas nacionalidades. Ver Política para la Selección y contratación de Servicios de Consultoría ([GN-2350-9](#)) párrafo 2.6.

procedimiento específico será acordado e incluido en el RO³, de conformidad con lo dispuesto en GN-2350-9 (3.21).

- 5.8 El MINSA negociará el monto de los gastos operativos relacionados con los servicios de conectividad y telefonía para el uso del SICO con la o las compañías que ofrezcan cobertura en las áreas priorizadas.

* Para acceder al plan de adquisiciones 18 meses PA₁₈, haga clic [aquí](#).

4. Supervisión de adquisiciones

- 5.6 La supervisión de las adquisiciones será de acuerdo a lo establecido en el Plan de Adquisiciones.

5. Disposiciones especiales

- 5.7 **Medidas para reducir las probabilidades de corrupción.** Atender las disposiciones de la GN 2349-9 y GN 2350-9 sobre prácticas prohibidas e inelegibilidad de empresas y personas físicas.

6. Registros y archivos

- 5.8 La custodia y manejo de expedientes de contratación es responsabilidad de cada una de las unidades de adquisiciones, quienes deberán nombrar a un responsable para esta actividad y contar con un área específica para el resguardo de documentos y asegurar que se registre evidencia documental sobre los pagos efectuados a proveedores y contratistas en los expedientes. El archivo físico debe mantenerse por un periodo de tres años. De acuerdo a la última revisión SECI, el manejo de archivo es adecuado, no obstante el espacio físico tanto en adquisiciones como en el área financiera es muy limitado y amerita inversiones por parte del MINSA.

Gestión Financiera

1. Sistema de administración financiera

- 5.9 En temas de gestión financiera, la operación utilizará el SIGFA y el SIGFA-PRO como sistema financiero/contable. Se asume que de haber algún cambio o mejora en el módulo de administración de proyectos de dichos sistemas automáticamente la operación también migraría a dicho cambio o mejora.

2. Informes financieros

- 5.10 Se requerirán estados financieros auditados anuales, de acuerdo a lo establecido en las guías y políticas del Banco (OP-273-2 y la (Informes Financieros y auditoría Externa de las operaciones financiadas por el Banco). Con el fin de generar eficiencias, se promoverá

³ Las funciones, calificaciones mínimas, condiciones de empleo, procedimientos de selección y el tipo de revisión de los procesos y documentos están indicados en el RO; el proceso será incluido en el Plan de Adquisiciones.

dar continuidad a la Firma Auditora Independiente que actualmente trabaja en el OE, siempre y cuando mantenga un trabajo de calidad técnica aceptable para el Banco; sin embargo cada año en el Sector Salud se agregan operaciones nuevas y a medida que entran a ejecutar estos fondos la firma auditora contratada actualmente va absorbiendo esos proyectos para ser auditados, por lo que se propone que cada 3 años iniciar un nuevo proceso de licitación.

3. Desembolsos y flujo de caja

- 5.11 La operación recibirá los fondos a través de una cuenta APEX en el Banco Central. Se trabajará bajo la modalidad de anticipos, los cuales se harán para cubrir las necesidades de liquidez de los siguientes seis meses.

4. Control Interno y auditoría interna

- 5.12 El Organismo Ejecutor cuenta con una unidad de auditoría interna y mecanismos definidos para mantener un ambiente de control interno aceptable. Sin embargo, en la práctica dichos mecanismos no se cumplen en su totalidad, por lo que el Banco no descansa en ellos para su supervisión.

5. Control externo e informes

- 5.13 Los requerimientos de reporte serán similares a los requeridos en anteriores operaciones a este mismo OE.
1. En búsqueda de generar eficiencias, se procurará dar continuidad a la Firma Auditora Independiente que actualmente trabaja en el OE, siempre y cuando conserve un trabajo de calidad técnica aceptable al Banco.
 2. Los TDR de la FAI contratada incluirán la realización de visitas de supervisión expost de desembolsos.
 3. Se estima que los servicios de auditoría tendrán un costo aproximado total de entre US\$250 mil y US\$300 mil.

6. Plan de supervisión financiera

- 5.14 Por considerarse un OE que presenta un riesgo fiduciario de gestión financiera bajo, la supervisión se limitará a los EFA y la visita de revisión de desembolsos expost que realizará el Banco.