

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

NICARAGUA

MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

PRÉSTAMO EN FUNCIÓN DE RESULTADOS

(NI-L1001)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Gustavo Zuleta (RE2/SO2), Jefe de Equipo de Proyecto; Jennifer Adams (COF/CNI); Amelia Cabrera (RE2/SO2); Javier Cayo (LEG/OPR); Juan Carlos De La Hoz (RE2/SO2); Catalina Gómez (RE2/SO2), y Nelson Hernández (consultor).

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO

I.	MARCO DE REFERENCIA	1
A.	Marco socioeconómico.....	1
B.	El sector	1
1.	Situación de salud en el país.....	1
2.	El sector salud	3
C.	Estrategia del país en el sector.....	6
D.	Estrategia del Banco en el sector.....	7
E.	Coordinación con otros donantes	8
II.	EL PROGRAMA	9
A.	Objetivos y descripción	9
B.	Estructura del Programa	10
1.	Indicadores seleccionados	10
2.	Establecimiento de la línea de base.....	11
3.	Definición de metas intermedias y finales	12
C.	Financiamiento elegible.....	13
D.	Costo y financiamiento.....	15
III.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.....	17
A.	Prestatario y organismo ejecutor	17
B.	Ejecución y administración del proyecto	17
C.	Adquisición de bienes y servicios	19
D.	Período de ejecución y calendario de desembolsos.....	19
E.	Seguimiento y evaluación.....	21
1.	Seguimiento y evaluación del MINSA.....	21
2.	Auditoría de desempeño	22
3.	Control social	23
4.	Seguimiento y evaluación del Banco	23
F.	Auditoría externa	25
IV.	VIABILIDAD Y RIESGOS	26
A.	Viabilidad institucional	26
B.	Viabilidad socioeconómica	26
C.	Viabilidad financiera	27
D.	Impacto socio-ambiental	27
E.	Beneficios y beneficiarios	28
F.	Riesgos	28

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

Referencias electrónicas	
Datos socioeconómicos básicos	http://www.iadb.org/RES/index.cfm?fuseaction=externallinks.countrydata
Carta en ejecución y préstamos aprobados	http://ops3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=430127
Programa tentativo de préstamos	http://ops3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=430130
Información disponible en archivos de RE2/SO2	http://ops3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=425717

**MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL
PRÉSTAMO EN FUNCIÓN DE RESULTADOS
(NI-L1001)**

SIGLAS Y ABREVIATURAS

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CA	Comités de Adquisiciones
CFAA	<i>Country Financial Accountability Assessment</i>
CPAR	<i>Country Procurement Assessment Report</i>
DGAF	División General Administrativa y Financiera
DGPD	División General de Planificación y Desarrollo
EFA	Estados Financieros Auditados
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
ESS	Enfoque Sectorial de Salud
FIV	Fondo de Inspección y Vigilancia
FOE	Fondo para Operaciones Especiales
FONMAT	Fondo para la Maternidad e Infancia Segura
ISDP	Informe de Seguimiento de Desarrollo del Proyecto
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
PBSS	Paquete Básico de Servicios de Salud
PFR	Préstamo en Función de Resultados
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Política Nacional de Salud
RAAN	Región Autónoma Atlántica Norte
RAAS	Región Autónoma Atlántica Sur
SECEP	Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia
SECI	Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional
SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Financiera
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SIMINSA	Sistema de Información del Ministerio de Salud
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
UCP	Unidad Coordinadora de Proyecto

RESUMEN DEL PROYECTO
NICARAGUA
MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL
(NI-L1001)

PRÉSTAMO EN FUNCIÓN DE RESULTADOS (PFR)

Términos y condiciones financieras				
Prestatario: República de Nicaragua Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINSa)			Plazo de amortización:	40 años
			Período de gracia:	10 años
			Desembolso:	Mínimo 36 meses, máximo 60 meses
Fuente	Monto	%	Tasa de interés:	1,0% durante período de gracia y 2,0% en adelante
BID (FOE)	30,0	90,0	Comisión de inspección y vigilancia:	1,0%
Local	3,5	10,0		
Otro Cofinanciamiento	0		Comisión de crédito:	0,5%
Total	33,5	100,0	Moneda:	Dólares de los EEUU

Esquema del Proyecto

Objetivo del proyecto:

El objetivo general de la operación será mejorar las condiciones de salud de la población más pobre del país, contribuyendo a reducir el perfil de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables que afecta especialmente a quienes viven en localidades pobres del sector rural con concentración de población indígena y en localidades urbano marginales, apoyando el logro de los objetivos del milenio en salud y la reducción de las disparidades entre estos indicadores y los promedios nacionales.

Condiciones contractuales especiales: Ver párrafo 3.28

En un plazo no mayor a 12 meses contados desde la entrada en vigencia del Contrato de Préstamo, el Banco contratará la realización de una evaluación especial de carácter independiente para revisar los progresos en el fortalecimiento institucional del MINSa en los aspectos de adquisiciones, gestión financiera y control interno.

Excepciones a las políticas del Banco: Véase párrafo 3.12

El prestatario ha solicitado una excepción a la política (GN-2278-2), para que en este caso específico, se descuenta proporcionalmente el desembolso inicial de todos los tramos de financiamiento por resultados.

El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Sí [X] No []

El proyecto califica como: SEQ [X] PTI [X] Sector [X] Geográfica [] % de beneficiarios []

Adquisiciones: Ver párrafo 3.8 y 3.9

Cuando el valor estimado de los bienes o servicios relacionados sea igual o superior a US\$350.000 y el de obras sea igual o superior a US\$1 millón, el método de adquisición a emplearse será el de licitación pública internacional. Complementariamente, se empleará el método de licitación pública internacional para la contratación de servicios de consultoría cuyo monto estimado sea igual o superior a US\$200.000.

Fecha verificación del CESI: Documento Conceptual de Proyecto (27 agosto 2004)

Informe de Proyecto (22 octubre 2004)

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Marco socioeconómico

- 1.1 La evolución de los principales indicadores macroeconómicos durante el 2003 refleja los logros alcanzados en la conducción económica del país. Se revertió la tendencia decreciente del Producto Interno Bruto (PIB), al mejorar la tasa de crecimiento al 2,3%. El déficit del sector público combinado, incluyendo donaciones, disminuyó al 4,4% del PIB resultado tanto del aumento en los ingresos como por la reducción de los gastos, ambos en el marco de la nueva Ley de Equidad Fiscal. La inflación se mantuvo estable alrededor del 6,0% y mejoró la balanza de pagos. A su vez, los esfuerzos del gobierno hacen prever que al finalizar el año 2004, el PIB crecerá a una tasa cercana al 5,0% y se mantendrá el buen comportamiento de las restantes variables macroeconómicas básicas.
- 1.2 Nicaragua ha progresado en el proceso de reducción de la pobreza. Desde principios de los 90, hubo un decrecimiento de los niveles de pobreza (de 50,3% en 1993 a 45,8% en 2001) y extrema pobreza (19,4% en 1993 a 15,1% en 2001). Particularmente rezagados están los indicadores de salud donde es necesario aumentar la cobertura de los servicios prestados. Estimaciones preliminares indican que, para mantener los beneficios logrados y alcanzar las metas del milenio en el 2015, será necesario aumentar el gasto social anual en un 3,3% del PIB. Esto sería posible con tasas de crecimiento sostenidas del PIB de alrededor del 5,0%.

B. El sector

1. Situación de salud en el país

- 1.3 Nicaragua cuenta con 5,4 millones de habitantes, con una situación epidemiológica que combina problemas de salud prevenibles y no prevenibles, cuyas dimensiones se presentan de forma heterogénea en la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. Los dos elementos más relevantes de la situación de salud en el país tienen que ver con las altas tasas de mortalidad infantil y materna, que son dos desafíos importantes asociados al sector salud dentro de las metas de la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP).
- 1.4 Estos retos son también elementos centrales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el país, los que en el ámbito de la mortalidad infantil de menores de cinco años se plantean la reducción en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, esto es de 66 a 22 por 1.000 nacidos vivos según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)¹. En cuanto a la mortalidad materna, la meta al 2015 es reducir en tres cuartas partes el indicador alcanzado en 1990, situación que significaría pasar de 160 a 40 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos de acuerdo con estas mismas estimaciones. Como evolución al primer quinquenio cumplido, el “*World Development Indicators 2003*” del Banco Mundial revela que para el 2000 la mortalidad infantil considerada en los ODM para Nicaragua llega a

¹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe. Retos, acciones y compromisos. Departamento de Desarrollo Sustentable del BID (2004).

41 por 1.000 nacidos vivos, en tanto que la mortalidad materna alcanza 230 por 100.000 nacidos vivos. Este valor para el año 2000 es sensiblemente más alto que la línea de base de 1990, lo que se explica por la reducción drástica en los subregistros de información y, en consecuencia, es un valor más confiable.

- 1.5 En relación con la mortalidad materna, la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) del 2001 establece que más del 50% de las causas son de origen obstétrico prevenibles, siendo las más importantes la hemorragia posparto, la sepsis puerperal y la hipertensión gestacional. De acuerdo con la fuente BID antes citada, estas características determinantes están relacionadas con el acceso a los programas y servicios de atención al embarazo, parto y puerperio y que inciden en la calidad de la atención a la mujer embarazada a través de las consultas prenatales, de la atención obstétrica y al parto por personal especializado y a las consultas de rutina durante el puerperio para evitar complicaciones post embarazo.
- 1.6 En el caso de la mortalidad infantil, la ENDESA identificó algunos factores de riesgo, la mayor parte de ellos prevenibles, que incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año: ser del sexo masculino, tener bajo peso al nacer, cuando la madre tiene baja escolaridad, cuando el intervalo inter genésico es menor de dos años, y cuando la madre no recibe cuidados prenatales o el parto es atendido sin ayuda profesional, por lo que la preocupación por los indicadores ya descritos para la mortalidad materna son doblemente relevantes. Complementariamente, estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) para el 2001 revelan que los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal (desde las 22 semanas de gestación hasta los seis días del nacimiento) representan un poco más de un tercio de las muertes infantiles. En el caso de las muertes neonatales (de los siete días a los 27 días desde el nacimiento), las principales causas son infecciones (sepsis y neumonías), síndrome de distrés respiratorio, asfixias y malformaciones congénitas. En el período post neonatal (de los 28 días del nacimiento a los 11 meses de vida), las causas más importantes son neumonías y diarreas.
- 1.7 Datos de la fuente del BID anteriormente referida, muestran que para el año 2000 la mortalidad infantil en Nicaragua estaba bastante influenciada por la condición socioeconómica y el acceso a los servicios. Mientras que la mortalidad infantil en la zona urbana se situaba en 28 muertes por 1.000 nacidos vivos, la cifra en la zona rural se ubicó en 43. Estas disparidades son confirmadas por la ENDESA 2001 en términos de los quintiles de bienestar. Las comparaciones entre los quintiles muestran una drástica caída de las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años a medida que aumenta el bienestar del grupo social. El Cuadro I-1 muestra las diferencias entre los quintiles de ingresos, con lo que se puede concluir la necesidad de una intervención focalizada en las zonas más pobres del país.

Cuadro I-1
Mortalidad infantil y de menores de cinco años (por quintiles de ingresos)

Mortalidad (por 1000 nacidos vivos)	1er quintil	2° quintil	3er quintil	4° quintil	5° quintil	Total
Infantil	50	41	32	26	16	35
Menores 5 años	64	52	39	32	19	45

Fuente: ENDESA 2001

2. El sector salud

- 1.8 **La institucionalidad.** El sector salud está conformado por dos subsectores: el público, integrado mayoritariamente por el MINSA y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social; y el subsector privado, donde participan entidades con ánimo de lucro y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) sin ánimo de lucro que brindan servicios de salud básicos en zonas aisladas del país. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) representan al MINSA en los aspectos técnicos y administrativos en el nivel territorial, apoyando la coordinación de la red de hospitales regionales y los centros de salud locales.
- 1.9 Con una cobertura de 60% de la población, el MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país por medio de su red de servicios en los dos niveles de atención. El primer nivel, constituido por los centros de salud y los puestos de salud, ofrece casi la totalidad de servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos de salud. La red primaria está conformada por 843 puestos de salud y 177 centros de salud (27 de los cuales tienen camas). El segundo nivel está conformado por 31 instituciones hospitalarias con mayor capacidad de resolución, pero no necesariamente integrados al primer nivel de atención para facilitar el acceso y la oportuna derivación y contra derivación de los pacientes cuando la complejidad del caso lo amerita.
- 1.10 El gasto público social per cápita en Nicaragua sigue siendo uno de los más bajos de Centroamérica, a pesar de haber aumentado más del 50% durante la década de los 90, para pasar en dólares corrientes de US\$49 hasta llegar a US\$75 en el año 2000. De todo el gasto público social, el sector salud recibe el 38%, lo cual le permite disponer de un gasto anual per cápita en dólares corrientes de US\$27, muy por debajo de los US\$33 anuales definidos por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud como la cifra mínima para garantizar el acceso a los servicios básicos. De acuerdo con las cifras de cuentas nacionales en salud del BID, estimadas en términos comparativos internacionales con el mismo poder de paridad de compra (basado en un promedio de tasa de cambio en dólares), el gasto anual per cápita total en salud para Nicaragua es de US\$43 y se ubica sólo por encima de Haití y Ecuador dentro de América Latina.
- 1.11 Durante los últimos dos años han ocurrido importantes transformaciones en el marco institucional del sector. A comienzos del año 2002, la Asamblea Legislativa aprobó una nueva Ley General de Salud, cuyos reglamentos de reciente expedición, han desarrollado entre otras áreas: (i) la operación, financiación y planes de beneficios de los regímenes contributivos y no contributivo creados por la Ley; (ii) la participación ciudadana por medio de los órganos directivos y consultivos de las instituciones prestadoras de servicios; (iii) los modelos para promover la descentralización, desconcentración y delegación dentro del sector salud; y (iv) el sistema de garantía de calidad, incluyendo habilitación y acreditación de prestadores. Este cuerpo de reglamentación sienta las bases para un proceso de implementación ordenado de mediano plazo.

- 1.12 Por el lado de los esfuerzos de descentralización, los SILAIS creados en 1990, recibirán gradualmente, tanto las competencias como los recursos para asimilar funciones de organización y supervisión de la prestación de los servicios. Este esfuerzo ha comenzado también en algunos hospitales, donde dentro de un marco general de programas de mejoramiento de la gestión e implantación de soportes informáticos para la administración de recursos, hasta cuatro hospitales recibirán discrecionalidad para la formulación y ejercicio presupuestario durante el 2004.
- 1.13 Más aún, el MINSA ha dado un paso importante en la vía del reordenamiento de los modelos de atención al desarrollar un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este modelo implica la organización de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, mediante redes conformadas por un conjunto de establecimientos comunitarios, públicos y privados de diversa complejidad, niveles y modalidades de atención, que de manera articulada comparten objetivos comunes entre sí para responder mejor a la demanda de la población. La estrategia central para la provisión de los servicios dentro del MAIS será la construcción de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) para la ampliación y mejoramiento de la cobertura con sus elementos constituyentes (prestaciones prioritariamente cubiertas, mecanismo de contratación, pago y supervisión).
- 1.14 **Capacidad de ejecución.** Durante la preparación del proyecto se contó con un dictamen técnico de KPMG referido a las condiciones de elegibilidad de un Préstamo en Función de Resultados (PFR) que habilitan la utilización de procedimientos nacionales de contratación y que son: (i) las entidades involucradas deben aplicar prácticas y procedimientos de adquisición compatibles con los principios de competencia, economía, transparencia, equidad, publicidad y debido proceso; (ii) el país debe contar con un régimen jurídico que autorice la presentación, tramitación y liquidación de protestas por firmas participantes en los procesos de licitación, y cuya aplicación sea adecuada; y (iii) que las entidades involucradas cuenten con estrictos sistemas de gestión financiera, contabilidad y control, y que dichos sistemas funcionen bien. El informe de KPMG que se anexa en los archivos técnicos, destaca que las dos primeras condiciones se cumplen satisfactoriamente por el país y que la tercera se cumple también en el ámbito de las adquisiciones centralizadas, aún cuando presenta un conjunto de recomendaciones de control financiero interno de solución directa del MINSA.
- 1.15 Por su parte, la Oficina de Apoyo Regional de Operaciones del Banco revisó el Informe de KPMG y otros antecedentes como el Informe de Evaluación de la Capacidad del Sistema Nacional de Adquisiciones y el Informe de Evaluación Financiera y de Auditoría (CPAR y CFAA por sus siglas en inglés), más la consulta al Informe de Seguimiento de Desarrollo del Proyecto (ISDP) del préstamo para el mejoramiento de la eficiencia y transparencia del sistema de compras y contrataciones del Estado (1064/SF-NI). Su conclusión fue que existen una serie de aspectos que se encuentran en proceso de revisión y adecuación en el país y que, por no poder estar todavía concluidos al momento de la aprobación de esta operación, no es posible avanzar con un PFR utilizando los procedimientos nacionales para todas las adquisiciones con independencia de su monto.

- 1.16 Dada esta situación, el país ha aceptado que en el caso específico de este PFR se apliquen las políticas y procedimientos del Banco en la adquisición de bienes, servicios y obras. Como experiencia previa en ejecución de proyectos con procedimientos del Banco, cabe destacar que el MINSA ha venido ejecutando el Programa de Modernización de la Red Hospitalaria (1027/SF-NI) desde octubre de 1999, con desembolsos anuales promedio de US\$6,8 millones, bajo la coordinación de una Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP) que simultáneamente coordina la ejecución de un proyecto financiado por el Banco Mundial. A lo largo de este período la UCP ha adquirido fortaleza institucional para la aplicación de las políticas y procedimientos del Banco en el tema de adquisiciones y ha perfeccionado sistemas de control financiero, contable e interno.
- 1.17 La opinión de los auditores externos Grant Thornton sobre los estados financieros al 31 de diciembre de 2003 fue expresada sin salvedades y mencionó que “los procesos de adquisición y contratación de obras, bienes y servicios fueron ejecutados de conformidad a las normas aplicables, y la documentación soporte se encuentra razonablemente presentada y representa gastos válidos y elegibles del Programa”. Los auditores expresaron también que en cuanto a la estructura de control interno “observaron algunos aspectos relacionados con el sistema de control interno que consideran reportables, sin embargo ninguno de ellos debe considerarse como una deficiencia significativa”. En virtud de ello, la Representación del Banco en Nicaragua, ha habilitado recientemente procedimientos de revisión *ex-post* para adquisiciones por montos menores de US\$10.000 para compras de bienes y servicios, y de US\$8.000 para contrataciones de servicios de consultoría.
- 1.18 Estas afirmaciones representan el resultado de esfuerzos de fortalecimiento institucional y de gradual transferencia de responsabilidades hacia la estructura organizativa formal del MINSA. Los esfuerzos han cubierto varias esferas operativas. En el ámbito de las adquisiciones, la UCP ha combinado las disposiciones del Manual Operativo del Programa 1027/SF-NI para centrar las decisiones sobre pliegos y adjudicaciones en Comités de Adquisiciones (CA). Estos CA se conforman para cada proceso de compra y están constituidos por tres representaciones permanentes (legal, administrativo y estratégico) y dos representaciones *ad hoc* que incluyen al solicitante del bien o servicio y un experto técnico en el tema. La experiencia de estos CA ha sido positiva al ajustar las adquisiciones a las necesidades de los solicitantes y centrar la responsabilidad en la estructura formal del MINSA. Las decisiones de los CA no han recibido reclamaciones mayores y no ha sido necesario acudir al Comité de Adquisiciones del Banco para dirimir una disputa.
- 1.19 Con respecto al control financiero y la construcción de los Estados Financieros Auditados (EFA) del Programa, la UCP ha migrado hacia la utilización del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGFA), de uso nacional, para registrar presupuestaria y contablemente las transacciones del Programa. Hasta el momento los EFA han sido presentados oportunamente.

- 1.20 **Experiencia en el seguimiento de resultados.** El MINSA ha iniciado un esfuerzo de gestión por resultados en el marco de la ERCERP donde se identificaron un conjunto de indicadores intermedios vinculados a la reducción de la morbi-mortalidad de las madres y niños. Estos indicadores son: (i) la captación precoz del embarazo a través de controles prenatales; (ii) la atención institucional del parto; y (iii) la inmunización de los niños menores de un año. Para ellos, se definieron metas anuales de carácter intermedio a conseguir y un cercano sistema de seguimiento y evaluación de este proceso que ha sido apoyado por el Banco, a través de una operación sectorial social tal como se detalla más adelante. En este caso particular, se trabajó con un conjunto de SILAIS priorizados sobre la base de la información que registran sistemáticamente en este ámbito las respectivas Direcciones de Estadísticas. Esta información sirvió como referencia general para el establecimiento de la línea de base y la fijación de metas realistas en función de números de casos que fueron revisados por la División General de Planificación y Desarrollo (DGPD) del MINSA en colaboración con sus respectivas áreas técnicas.
- 1.21 Como parte de esta nueva dinámica, el MINSA ha desarrollado continuos esfuerzos para afinar los sistemas de recolección y análisis de la información, de manera que exista información oportuna sobre los avances en la consecución de las metas planeadas. La fuente primaria de los datos son los centros y puestos de salud y los hospitales, obtenidos usualmente en los registros diarios de eventos y los consolidados municipales. Estos datos son enviados a los SILAIS para efectos de validación y mejoramiento de su calidad. Los SILAIS envían posteriormente los consolidados mensuales al Departamento de Estadística del MINSA para su agregación final en el Sistema de Información del Ministerio de Salud (SIMINSA).

C. Estrategia del país en el sector

- 1.22 El elemento central de la estrategia del país en el sector es la nueva Política Nacional de Salud (PNS), que partiendo de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo del país y tomando como referentes los retos de la ERCERP y los ODM, formula un conjunto de lineamientos de política que responde a los problemas y desafíos del sector salud que esperan ser operacionalizados en un Plan Quinquenal de Desarrollo para el periodo 2005-2009. Entre las prioridades estratégicas de la PNS destacan: (i) ampliación de la cobertura de atención con calidad especialmente dirigida a la población vulnerable, utilizando como elemento central la entrega de un PBSS especialmente dirigido al sector materno-infantil y la complementariedad entre los prestadores públicos y privados; (ii) fortalecimiento de la atención primaria, dando énfasis en la asignación de recursos a elementos críticos de la promoción y la prevención y la comunicación como elemento dinamizador de los cambios de comportamiento; y (iii) apoyo a la consolidación del sistema nacional de salud, poniendo el mayor esfuerzo político y financiero en la descentralización de las capacidades de organización y supervisión de la red asistencial hacia los SILAIS dentro del marco operativo del MAIS.
- 1.23 Bajo este liderazgo de política del MINSA, la comunidad internacional representada por la cooperación bilateral de los Países Bajos, Suecia y Finlandia, más el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco, se

encuentra impulsando el Enfoque Sectorial de Salud (ESS) que se vislumbra como un proceso gradual de varios años y que en una primera etapa refleja el compromiso de todos los participantes en apoyar concertadamente las prioridades de políticas de salud en el país, especialmente aquellas relacionadas con una mayor y mejor cobertura de las madres y niños en los sectores más pobres². Como resultado de este esfuerzo, se espera que el gasto público en salud no sólo se haga más eficiente en términos de su focalización en los grupos más vulnerables y la consecución de resultados sanitarios, sino que también se eleve significativamente a mediano y largo plazo en relación con sus bajos niveles actuales.

D. Estrategia del Banco en el sector

- 1.24 **Estrategia del Banco en Nicaragua.** El objetivo de la estrategia es apoyar al Gobierno de Nicaragua en el establecimiento y ejecución de las acciones necesarias para alcanzar las metas de la ERCERP en tres líneas estratégicas prioritarias: desarrollo económico, gobernabilidad y productividad de los grupos más pobres. Al concentrarse su apoyo en el logro de ciertos resultados trazadores para la reducción del perfil de morbi-mortalidad materno e infantil en la población vulnerable, la operación tendría un correlato directo con el tercer lineamiento estratégico, al tiempo que se asocia también con el cumplimiento de las metas de la ERCERP que impulsa el gobierno nicaragüense en el área de salud.
- 1.25 Este Programa es consistente con la Estrategia de Desarrollo Social del Banco (GN-2241-1), la cual establece acciones prioritarias para ayudar a los países a acelerar el progreso social y lograr los ODM. Para el sector salud, dicha Estrategia propone que el Banco enfatice las reformas del sistema de salud vinculadas a las necesidades y objetivos sanitarios específicos de los países beneficiarios incorporando los ODM. También enfatiza considerar el perfil epidemiológico de cada país para que el Banco centre su atención, según el caso, a lesiones, enfermedades contagiosas o hacia las no contagiosas. En el caso de los países en donde predominan las enfermedades contagiosas como el caso de Nicaragua, el Banco dará prioridad al control de la mortalidad materna, mortalidad y morbilidad neonatal, y a las enfermedades contagiosas. Justamente, esta operación en función de resultados es clave para apoyar al país en la reducción de la mortalidad materno-infantil, las cuales son dos de las metas principales de los ODM en salud.
- 1.26 **Experiencia anterior y lecciones aprendidas.** Tal como se refirió anteriormente al ilustrar sobre la capacidad de ejecución del MINSA, el Banco ha financiado el Programa de Modernización de la Red Hospitalaria (1027/SF-NI) que ha estado en ejecución desde 1999 (el cual se ha ejecutado en un 83%), apoyando la modernización de la gestión hospitalaria, el fortalecimiento institucional del MINSA y sus organismos descentralizados, y el establecimiento de un Fondo para la Maternidad e Infancia Segura (FONMAT) que inició el proceso de ampliación de coberturas a través de incentivos especiales para los prestadores públicos. La ejecución del Programa deja varias lecciones: (i) la apropiación de las

² En este proceso, también participa como observador un representante de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

transformaciones por parte de la estructura formal del MINSA es condición indispensable para el éxito de las intervenciones, por lo que se requiere que asuman un mayor liderazgo las unidades de línea en la ejecución; (ii) los convenios de gestión han permitido facilitar las relaciones entre nivel central, SILAIS y hospitales y hacia futuro se consideran un elemento fundamental para afianzar el papel descentralizador de los SILAIS, al tiempo que la estrategia del FONMAT de entregar los recursos financieros directamente a los municipios ha permitido comenzar a fortalecer la capacidad gerencial de los gobiernos locales; (iii) las evaluaciones han mostrado que el diseño de la operación y su complejidad sobrepasó las capacidades institucionales y propició un gran fraccionamiento de los esfuerzos, y por tanto de los resultados. Esto ha llevado al MINSA a proponer intervenciones menos complejas, y con objetivos más focalizados para potenciar los resultados; y (iv) el énfasis público del FONMAT generó importantes ganancias en cobertura y costo efectividad, pero comprometió la calidad.

- 1.27 El Banco también ha apoyado al país con el Préstamo de Reforma de Políticas Sociales (1114-SF/NI), cuyo segundo y último tramo está cercano a desembolsarse, impulsando en el caso específico del sector salud, el proceso de Reglamentación de la Ley General de Salud, la descentralización hacia los SILAIS y el desarrollo del MAIS. Asimismo, mezcló las condiciones tradicionales de cambios de política con condiciones de desembolso vinculadas al cumplimiento de metas intermedias de la ERCERP, que se identificaron como indicadores trazadores para el cumplimiento de las metas finales al 2015 asociadas a la mortalidad materno-infantil en el caso específico de salud. Esta experiencia mostró que la focalización en resultados permite la movilización de esfuerzos gubernamentales fuera del ámbito tradicional de focalización en los insumos de producción. Además, la experiencia mostró que existe en el país una infraestructura en construcción para el seguimiento de resultados, la cual será reforzada con un nuevo sectorial social (NI-0183).

E. Coordinación con otros donantes

- 1.28 Como ya se refirió anteriormente, el ESS liderado por el MINSA es la instancia propicia para la coordinación con la comunidad internacional, y para apoyar el avance de Nicaragua hacia el cumplimiento de los ODM en salud, por lo que la posición del Banco es unirse a este esfuerzo conjunto con un instrumento innovador como es el caso de un PFR. Precisamente, un PFR se convierte en el instrumento más adecuado para trabajar en este marco de coordinación que ofrece el ESS en esta etapa inicial de su implementación sobre la base de un enfoque de prioridades de políticas de salud y resultados compartido por los otros donantes, así como la posibilidad de avanzar hacia un sistema de seguimiento y evaluación común donde los indicadores intermedios y finales del Programa sean un subconjunto importante de dicho sistema. En esta dirección, se avanza en la elaboración de propuestas marco para la cooperación y armonización de estos esfuerzos conjuntos tales como el Acuerdo de Intenciones, el Código de Conducta y el Memorando de Entendimiento que esperan concretarse en una fase avanzada del ESS y podrían estar en plena vigencia para el siguiente quinquenio 2010-2014.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos y descripción

- 2.1 El objetivo general de la operación será mejorar las condiciones de salud de la población más pobre del país, contribuyendo a reducir el perfil de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables que afecta especialmente a quienes viven en localidades pobres del sector rural con concentración de población indígena y en localidades urbano marginales, apoyando el logro de los objetivos del milenio en salud y la reducción de las disparidades entre estos indicadores y los promedios nacionales. Más específicamente y como PFR, se trata de contribuir al mejoramiento de un conjunto de indicadores trazadores asociados al esfuerzo de ampliación de la cobertura de salud y al mejoramiento de la calidad en la provisión de dichos servicios, como los controles preventivos del embarazo, la atención institucional del parto con personal calificado y la atención hospitalaria de las patologías materno-infantiles con mayor incidencia como son las hemorragias y las asfixias, respectivamente. Adicionalmente, se contribuirá también al fortalecimiento institucional del MINSA, en los temas de adquisiciones, gestión financiera y control interno para asegurar que se mantienen las condiciones necesarias para la adecuada ejecución de programas como este PFR.
- 2.2 La población objetivo del Programa está constituida por las mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años, residentes en comunidades rurales dentro de los 76 municipios más vulnerables del país perteneciente a 12 SILAIS priorizados. Los SILAIS han sido seleccionados a través de criterios técnicos de focalización geográfica que consideraron la información censal disponible, actualizada con encuestas de medición de los niveles de vida y con la ENDESA para considerar niveles de pobreza (porcentaje de población en quintil más pobre), tomando en cuenta además, factores relacionados con las dificultades de acceso de la población a las unidades de salud (porcentaje de la población a más de una hora del centro de salud más cercano), y la situación de salud (tasas de mortalidad materna e infantil). En el caso de los municipios, se aplicó la misma metodología para definir vulnerabilidad, pero restringida sólo a los ámbitos de pobreza y acceso.
- 2.3 De esta manera, los indicadores de resultados intermedios y finales para el mejoramiento de la salud materno-infantil han sido planteados para este grupo específico de población, con el objeto de lograr una intervención focalizada que permita también reducir las inequidades en el acceso a la salud y las disparidades económicas y geográficas al comparar con los promedios nacionales. Hacia el 2003 y de acuerdo con los criterios de focalización establecidos, la población objetivo representaba un total aproximado de 450.000 personas.³

³ La población total de los 12 SILAIS priorizados es 3.250.928 habitantes, de los cuales 1.873.834 viven en condiciones de pobreza. Por su parte, los 76 municipios priorizados concentran una población total de 1.960.168 habitantes, de los cuales 1.146.884 viven en condiciones de pobreza.

B. Estructura del Programa

1. Indicadores seleccionados

- 2.4 El Programa se estructura sobre la base del logro de resultados finales en la reducción de la principal carga de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables y de resultados intermedios relacionados con la cobertura de una serie de actividades preventivas y promocionales como controles del embarazo, junto a actividades resolutivas como la cobertura institucional del parto con personal calificado. Todos estos indicadores de carácter trazador fueron seleccionados con el criterio técnico de contemplar el circuito integral del embarazo, parto y posparto donde se concentran las principales causas de mortalidad materno-infantil que son evitables y sujetas a un mayor control del sistema de salud. En el Cuadro II-1, se presentan los cinco indicadores que se utilizarán para medir los resultados del Programa y sus objetivos de corto, mediano y largo plazo.

Cuadro II-1
Síntesis de indicadores de resultados

Indicadores de resultados finales	Objetivo de mediano-largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de egresos por hemorragia posparto (CIE-10 O42) en los diez hospitales objeto del Programa. ▪ Porcentaje de egresos por asfisia neonatal (CIE-10 P21) en los diez hospitales objeto del Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuir a reducir la mortalidad materna e infantil para la población más vulnerable del país, y a reducir las disparidades de estos indicadores con los promedios nacionales.
Indicadores de resultado intermedios	Objetivo de corto-mediano plazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de embarazadas captadas en el 1^{er} trimestre de su embarazo. ▪ Número de embarazadas registradas como atención prenatal con el cuarto control preventivo. ▪ Número de partos atendidos en un establecimiento de salud por personal calificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar las coberturas de controles preventivos del embarazo y la atención institucional del parto para la población más vulnerable del país.

- 2.5 En el Cuadro II-2, se presenta la Matriz de Resultados del Programa que contiene los indicadores de resultados intermedios y finales que han sido acordados, cuya línea de base y metas asociadas a los desembolsos por resultados han sido definidas sobre la base de la experiencia anterior de seguimiento de los indicadores intermedios de la ERCERP, criterios realistas, un cierto gradualismo inicial vinculado a la operación plena del ESS y el tiempo de madurez requerida en las inversiones iniciales necesarias para el logro de los resultados. Por su parte, los archivos técnicos de la operación contienen el Manual de Indicadores que precisa la definición de cada indicador seleccionado y sus fuentes de información, junto con la descripción del proceso de registro, consolidación y agregación de la información en los distintos niveles de gestión.
- 2.6 Respecto de los resultados finales esperados, en el ámbito de la morbi-mortalidad materna se busca reducir las hemorragias posparto que afectan a las mujeres que dan a luz, de manera de prevenir las muertes y enfermedades por esta causa que en Nicaragua explica el 27% del total de fallecimientos maternos en el año 2002, al tiempo que se procura una atención activa de la madre durante el puerperio. Adicionalmente, y en el caso de la morbi-mortalidad infantil, se espera reducir las

asfixias neonatales, dado que es una de las principales causas de muerte y complicaciones de la salud infantil, representando un 38% de las causas de defunciones de menores de un año para el 2002. De paso, se asegura una correcta aplicación de las normas de atención para un parto seguro y los cuidados iniciales del recién nacido. Ambos indicadores serán calculados para el agregado de diez hospitales que hacen de cabecera regional en los 12 SILAIS priorizados y han sido definidos en porcentajes por ser, tanto el numerador como el denominador, cifras provenientes de fuentes observadas y no estimadas.

- 2.7 En cuanto a los resultados intermedios, se espera: (i) incrementar la cobertura del control prenatal en las mujeres embarazadas con su captación y atención precoz, asegurando una acción oportuna de los servicios de salud para calificar el riesgo y prevenir complicaciones; (ii) aumentar la cobertura de mujeres embarazadas con al menos cuatro controles preventivos durante el período gestacional para reforzar la identificación de riesgos obstétricos y poder garantizar referencias oportunas para evitar daños y muertes de las madres y los recién nacidos; y (iii) extender la cobertura institucional del parto para asegurar que ocurra bajo el cuidado y garantía de personal calificado en una unidad de salud. Para todos estos indicadores que se obtienen para el agregado de los 76 municipios en que focaliza su acción el Programa, se coincidió técnicamente en la utilización de números absolutos debido al riesgo de variaciones en las cifras estimadas de población que implicaría el denominador en la opción de presentación en porcentajes. Además, la definición de las cifras de población estimada que establece el Instituto Nacional de Estadística podrían verse afectadas significativamente con los resultados del próximo censo de población.

2. Establecimiento de la línea de base

- 2.8 Tal como se refirió anteriormente, el antecedente general para la estimación de la línea de base fue considerar la experiencia anterior de seguimiento de los indicadores intermedios de la ERCERP que trabajó con base en la tendencia observada de los años anteriores. En el caso particular de los indicadores finales, la línea de base se estimó a partir del promedio de los valores observados durante el período 2000-2003 para el porcentaje de egresos por hemorragia posparto y asfixia neonatal en el grupo de hospitales seleccionados. Estos valores fueron validados por la Dirección de Hospitales del MINSA con los equipos médicos de los hospitales involucrados. El valor consolidado de la línea de base para el caso de estos indicadores finales, se obtuvo del promedio de los valores estimados para los diez hospitales seleccionados.
- 2.9 Respecto de los indicadores intermedios, la línea de base fue definida en función de los registros de información del MINSA para el período 2001-2003 en los 76 municipios priorizados. El criterio utilizado para la estimación de la línea de base consistió en determinar para cada SILAIS la tendencia del agregado de embarazadas captadas en el primer trimestre, el número de embarazadas con cuarto control y el número de partos institucionales. El valor específico de la línea de base corresponde al mayor valor observado durante este período, en consecuencia, el valor de referencia refleja el mayor esfuerzo posible de las unidades de atención

adscritas a cada SILAIS están en capacidad de alcanzar, con los recursos disponibles, en la captación y atención de las mujeres embarazadas. El valor consolidado de la línea de base, para cada indicador intermedio, se obtuvo de la sumatoria de los valores estimados en los 12 SILAIS priorizados.

3. Definición de metas intermedias y finales

- 2.10 Las metas han sido definidas en función del efecto esperado de las intervenciones del Programa y de la gradualidad de la ampliación de la cobertura de servicios en las áreas rurales y con limitado acceso a los servicios. Para el caso de los indicadores finales, la meta de reducción de los casos de hemorragia posparto fue definida mediante la agregación de las metas individuales de reducción para los diez hospitales seleccionados con base en una proyección que tomó en cuenta las mejoras en infraestructura, equipamiento y gestión que introducirá el ESS y el Programa, esperándose en promedio una reducción del 29% al final del Programa con respecto a la línea de base. A su vez, la meta para la reducción de las asfixias neonatales fue definida por el MINSA a través de una consulta a neonatólogos de los hospitales seleccionados y también considerando las mejoras en infraestructura, equipamiento y gestión que financiará el ESS y el Programa, contemplándose en promedio una reducción equivalente al 27% al final del Programa en comparación con la línea de base.
- 2.11 En el caso de los indicadores intermedios, se realizó un análisis particular del crecimiento esperado para cada uno de los indicadores. En el caso de la captación precoz del embarazo, a pesar de que en los últimos años muestra una tendencia estable, se considera que para apoyar el cierre de la brecha en la mortalidad materna, entre los municipios priorizados y el promedio nacional, será necesario alcanzar incrementos que van del 2% en el primer tramo al 7% en el cuarto tramo. Como resultado, durante la ejecución del Programa el incremento promedio en la captación de embarazos será del orden del 4,3% para el agregado de los 76 municipios en que se focaliza la acción del ESS y del Programa. Con respecto a las embarazadas con cuatro controles preventivos, el crecimiento reciente ha sido cercano al 5,0% y se plantea que al haberse alcanzado cifras altas de crecimiento recientemente, los incrementos proyectados por tramo serán del 1% en el primero, del 2% en el segundo, del 2,5% en el tercero y del 3,2% en el cuarto. Finalmente, los partos institucionales muestran un bajo crecimiento en los últimos años⁴, por lo que como resultado de las intervenciones del Programa se espera incrementar este crecimiento de un 2% en el primer tramo a un 5,1% en el cuarto tramo.

⁴ La tasa de crecimiento anual promedio para el período 1995-2002 es del 1,2%.

Cuadro II-2
Matriz de resultados del Programa

Indicador	Unidad de medida	Línea de base	Metas por tramo			
			I	II	III	IV
Indicadores finales						
Proporción de egresos por hemorragia posparto	Porcentaje	0,87	-	-	-	0,62
Proporción de egresos por asfixia neonatal	Porcentaje	2,57	-	-	-	1,88
Indicadores intermedios						
Captación precoz del embarazo	Número de mujeres embarazadas	26.578	27.110	27.923	29.598	31.670
Embarazadas registradas con el cuarto control de atención prenatal	Número de mujeres embarazadas	28.656	28.943	29.521	30.259	31.228
Cobertura de partos institucionales	Número de partos	27.978	28.538	29.394	30.628	32.190

C. Financiamiento elegible

- 2.12 Para lograr las metas propuestas, el MINSA está coordinando el apoyo de recursos de fuentes internas y externas a través del ESS con el propósito de maximizar los recursos presupuestarios destinados a la estrategia de extensión de cobertura de salud para la población objetivo. Dentro de este marco de coordinación previsto por el ESS, la contribución de este Programa se destinará al financiamiento de los siguientes gastos elegibles que se realicen para beneficiar focalizadamente a los 76 municipios seleccionados de los 12 SILAIS priorizados.
- 2.13 En primer término, se financiará la provisión de un PBSS de carácter preventivo, curativo y promocional con énfasis en las atenciones dirigidas hacia la madre y los niños, considerando dos modalidades de financiamiento. Se podrá financiar un esquema de compra de servicios institucionales a prestadores públicos que participen extraordinariamente en la extensión de cobertura a través de convenios de gestión para la entrega del PBSS, al tiempo que se podrá destinar financiamiento también para la compra de servicios no institucionales a través de contratos de gestión para la provisión del PBSS.
- 2.14 Como una segunda línea de gastos elegibles, se financiará la construcción, habilitación o rehabilitación, más los costos de operación de casas maternas que son lugares de acogida para las mujeres embarazadas en zonas aisladas del país y que permiten reducir la distancia hacia las unidades de salud o los hospitales más cercanos. Esto permitirá integrar mejor la red de servicios entre el primer y segundo nivel de atención al facilitar la cobertura de los controles prenatales y los cuidados del puerperio, así como la atención institucional del parto y cualquier complicación de salud de la madre y del recién nacido. Complementariamente, se financiará un conjunto de actividades asociadas a un programa de inversiones en unidades de salud del primer nivel de atención y en hospitales de salud del segundo nivel que contempla rehabilitación y construcción de infraestructura, equipamiento médico e industrial, tal como calderas, autoclave, cocinas, incineradores y

refrigeradores. Adicionalmente se contemplan insumos médicos como medicamentos, material de reposición periódica, reactivos, hemoderivados, gases medicinales y ropa hospitalaria. Se considera también elegible el gasto en mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento.

- 2.15 En tercer término, se considera elegible el financiamiento de asistencia técnica, consultorías, actividades de capacitación, sistemas de información y equipamiento informático que aseguren el fortalecimiento institucional del MINSA para continuar mejorando su capacidad de ejecución en materia de adquisiciones, gestión financiera y control interno. Complementariamente, esta misma categoría de gastos elegibles asegurará la permanente operación de un sistema de seguimiento y evaluación de los resultados logrados en términos de las metas para los indicadores intermedios y finales, junto con la posibilidad de realizar una evaluación integral del proceso de extensión de cobertura de salud que permitirá el logro de estos resultados. En esta misma línea de gastos, se contemplan las acciones de asistencia técnica y consultorías destinadas al desarrollo y aplicación de protocolos de atención de salud y de adecuados mecanismos de derivación y contra derivación entre el primer y segundo nivel de atención. También se contemplan las necesidades de capacitación de los niveles centrales y descentralizados responsables por el cumplimiento de los resultados esperados, así como el financiamiento para el desarrollo de modalidades innovadoras de control social ejercidas por la propia comunidad.
- 2.16 Adicionalmente, se considera elegible el financiamiento de la asistencia técnica, las consultorías y capacitación necesaria para el diseño e implementación de un plan de comunicación y medios que difunda los resultados logrados y eduque a la población en modalidades de prevención y promoción de salud, contemplándose también el financiamiento de encuestas de satisfacción de usuarios. Asimismo, se considera elegible el financiamiento de acciones de difusión en los medios que técnicamente se determinen como óptimos para estos fines.
- 2.17 También se consideran elegibles los gastos asociados a la administración del Programa, lo cual contempla honorarios del personal técnico y de apoyo, equipo informático y materiales de suministro, siempre y cuando no sobrepasen el 10% del total del financiamiento. Asimismo, el Programa contempla como gasto elegible la compra de medios de transporte (vehículos, ambulancias y lanchas de motor) requeridos para llevar a cabo actividades de monitoreo y evaluación del proyecto, así como actividades vinculadas al traslado de pacientes, siempre y cuando su costo no exceda del 2% del total del préstamo.
- 2.18 Finalmente, se consideran elegibles los gastos asociados con la operación de la auditoría independiente de desempeño y la auditoría externa financiera y operacional durante su ejecución, junto a los gastos financieros del préstamo (intereses y Fondo de Inspección y Vigilancia-FIV).

D. Costo y financiamiento

- 2.19 En el marco del ESS, el Programa contribuirá con un aporte total de US\$33,5 millones de financiamiento al presupuesto de fuentes internas y externas que el MINSA destinará al logro de los resultados intermedios y finales acordados para la población objetivo, los cuales de acuerdo con la matriz de clasificación del Banco para un país D como es el caso de Nicaragua, serían financiados en un 90% por un préstamo del Banco y un 10% con fondos de contrapartida local. Este monto ha sido dimensionado en función de la estimación de gastos elegibles que será necesario financiar para el logro de dichos resultados y corresponden a una proporción de los recursos totales que el MINSA destinará a estos fines con fuentes propias y aportes de la cooperación bilateral y del Banco Mundial.

Cuadro II-3
Categorías de gastos elegibles y medios de verificación

Categorías de gastos elegibles	Medios de verificación	
1. Compras de servicios institucionales y no institucionales.	Convenios o contratos de gestión con proveedores de servicios.	
2. Infraestructura, equipamiento e insumos.	Convenios o contratos, informes de avance, finiquitos de obras y evidencia de recepción por parte de la unidad de salud que recibe los bienes.	
3. Mantenimiento y/o sostenimiento de infraestructura y equipamiento médico e industrial.	Convenios o contratos, facturas, evidencia de recepción de obra.	
4. Capacitación, consultoría y asistencia técnica, prioritariamente destinada al fortalecimiento institucional del MINSA.	Convenios o contratos, facturas, informes de consultoría y asistencia técnica, informes de evaluación, acta de los eventos y listado de participantes.	
5. Administración del Programa.	Contratos y facturas.	
6. Medios de transporte y traslado de pacientes.	Facturas y comprobantes de compra.	
7. Auditoría.	Contratos, facturas e informes finales.	
8. Gastos financieros (intereses y FIV).	Informes del Banco.	
Fuente de financiamiento	Monto (US\$ millones)	%
BID	30,0	90,0
Local	3,5	10,0
Total	33,5	100,0

- 2.20 Para apoyar las prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo del MINSA que permitirán el logro de los resultados del ESS y del Programa, se ha ratificado que el Banco Mundial tiene en preparación un crédito programático de inversión de US\$23 millones para cinco años que se estructuraría en dos fases, la primera de dos años por un valor de US\$7,0 millones y la segunda por tres años de US\$16 millones, cuya fecha de aprobación está programada para el primer trimestre de 2005. A su vez, Suecia tiene previsto apoyo presupuestario por un monto estimado de US\$20 millones para cinco años que esperan sea aprobado a finales del primer trimestre del 2005. En tanto, los Países Bajos tienen también previsto apoyo presupuestario por un monto estimado de US\$1,0 millón para el 2005, el cual sería aprobado a finales del primer trimestre del 2005 y se espera continuar con aportes anuales por un monto similar durante el quinquenio. Por su parte, Finlandia reservó fondos para el período 2005-2009 por un monto estimado de US\$8,0 millones

destinados a ampliar el apoyo al sector salud. Finalmente y de acuerdo con sus proyecciones presupuestarias, el MINSA contempla disponer de US\$2 millones de recursos del presupuesto por año destinados específicamente al financiamiento de los gastos elegibles para el logro de los resultados previstos.

- 2.21 Las cifras sobre recursos disponibles para el próximo quinquenio según las distintas fuentes de financiamiento, incluidos los recursos de este nuevo préstamo del Banco, son relativamente equivalentes a los montos de inversión que el MINSA ha venido realizando en el mejoramiento de la atención del primer y segundo nivel de atención de salud para el período 2000-2004. La diferencia ahora, es que al focalizar los recursos en las comunidades más pobres del país, coordinar el esfuerzo entre las distintas fuentes de financiamiento dentro del ESS y trabajar sobre la base de resultados intermedios y finales trazadores, se puede aspirar a una mayor eficiencia en la gestión global con impactos importantes en las mejores posibilidades del país para lograr cumplir con los objetivos del milenio en salud, especialmente con la reducción esperada en la mortalidad materna y la mortalidad infantil.
- 2.22 La modalidad de financiamiento será un PFR que se justifica en función de los objetivos de la operación que, en general, busca la ampliación y mejoramiento de la cobertura de servicios básicos de salud a la población pobre del país y, en lo específico, el logro de un conjunto de resultados intermedios y finales asociados, especialmente, a una mejor salud de las madres y los niños. Más aún, esta modalidad de financiamiento permite una coordinación más estrecha con los organismos multilaterales y las entidades de cooperación bilateral que apoyan el ESS, justamente a través del seguimiento y evaluación de un conjunto de metas finales e indicadores intermedios más amplios que el MINSA se compromete a cumplir. Los indicadores de resultados y las respectivas metas de este Programa son compartidos por el resto de los cooperantes y forman parte de este sistema de seguimiento y evaluación, con la diferencia de que en el caso de este PFR los desembolsos de recursos están sujetos al cumplimiento de las metas.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario será la República de Nicaragua. El MINSA actuará como el organismo ejecutor a través del Viceministerio de Salud.

B. Ejecución y administración del proyecto

- 3.2 Para su ejecución y en concordancia con el ESS, el Viceministerio de Salud tendrá la responsabilidad directiva y de política para la orientación estratégica general del ESS y en particular del Programa. Como instancia de apoyo en esta función y para fines de facilitar una coordinación permanente, el Viceministerio de Salud creará un órgano consultivo asesor conformado por la Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia (SECEP) y las unidades de línea del MINSA relacionadas con su ejecución. Dicho órgano asesor tendrá la función de facilitar la coordinación e intercambio de información entre todos los actores que participan en el ESS con el objetivo de apoyar la implementación del Plan Quinquenal de Desarrollo y el cumplimiento de los resultados, así como promover el diálogo para la armonización gradual de los procedimientos entre los distintos donantes y organismos multilaterales.
- 3.3 Por su parte, la responsabilidad técnica y operativa por la ejecución del ESS y del Programa recaerá en la DGPD del MINSA, como unidad de línea vinculada más directamente con la ejecución y a objeto de promover la apropiación institucional de procesos claves como, por ejemplo, la administración y operación continua del sistema de seguimiento y evaluación de resultados. Para estos efectos, la DGPD tendrá la función de coordinar técnicamente los esfuerzos dirigidos a la programación física y financiera de todas las acciones destinadas al logro de los resultados, particularmente en lo que dice relación con la implementación del proceso de extensión de cobertura de servicios básicos de salud, de integración de la red de servicios de salud y de las acciones de fortalecimiento institucional para un adecuado seguimiento, supervisión y evaluación de todo este proceso, el cumplimiento de las metas acordadas para el mejoramiento de la salud materno infantil y su adecuado seguimiento administrativo y financiero.
- 3.4 Más específicamente y siempre dentro del esquema de coordinación con el ESS, la DGPD asume las siguientes funciones orientadas a una óptima ejecución del Programa: (i) guiar, coordinar y supervisar con las direcciones sustantivas y de apoyo del MINSA todas las actividades del proyecto; (ii) preparar los planes anuales de trabajo para todas las acciones que son necesarias para el logro de los resultados en coordinación con las unidades de línea pertinentes del MINSA; (iii) preparar informes técnicos periódicos; (iv) preparar los términos de referencia para las actividades de consultoría especializada, asistencia técnica y capacitación contempladas en los gastos elegibles del Programa en coordinación con las unidades de línea pertinentes del MINSA; (v) asegurar el cumplimiento de los planes de acción para el logro de las metas de resultados; (vi) mantener y fortalecer los sistemas de información del MINSA para el seguimiento y evaluación de los

resultados, así como sobre su desempeño financiero y operacional; (vii) preparar toda la documentación relacionada con la satisfacción de las condiciones contractuales; (viii) contratar y supervisar a las empresas y personas para el suministro de bienes y servicios en coordinación con las unidades de línea pertinentes del MINSA; y (ix) informar periódicamente sobre el avance en el cumplimiento de las metas de resultados acordadas.

- 3.5 Con tal finalidad, la DGPD establecerá las instancias de coordinación técnica con las unidades de líneas del MINSA involucradas en todo el proceso representadas por la Dirección General de Recursos Humanos, la División del Primer Nivel de Atención, del Segundo Nivel de Atención, la División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico y la División General Administrativa y Financiera (DGAF). Precisamente y a través de la DGAF, se apoyará la gestión administrativa y financiera del Programa, permitiendo a la DGPD establecer la relación con el Banco y asegurar un adecuado mantenimiento de los registros contables, la tramitación oportuna de los desembolsos y la preparación de los informes financieros, así como la realización de actividades afines, según los procedimientos del Banco para que en todo momento se pueda identificar la utilización de los recursos del Programa. Asimismo, la DGAF hará los pagos correspondientes a las actividades aprobadas por la DGPD.
- 3.6 Dado el intenso apoyo técnico, administrativo y financiero que se prevé necesario, la DGPD será reforzada con equipos técnicos y administrativos provenientes de la Unidad de Coordinación del Programa 1027/SF-NI que se encuentra finalizando su ejecución para aprovechar la experiencia y lecciones aprendidas. Lo anterior, especialmente en sus divisiones dependientes encargadas de brindar estos apoyos especializados al resto de las unidades de línea del MINSA que se relacionan con la ejecución y de coordinarse con los organismos multilaterales y bilaterales durante la vigencia del ESS, así como particularmente con el Banco durante la ejecución de esta operación. En particular, el refuerzo administrativo y financiero se concentrará en la DGAF para asegurar un oportuno y eficiente flujo de este tipo de información requerida por el Banco.
- 3.7 Finalmente y en el ámbito local, los SILAIS tendrán la responsabilidad de facilitar el flujo de información sobre el desarrollo del Programa en los municipios y comunidades beneficiarias, apoyando la planificación local en la determinación de necesidades, supervisando la prestación de servicios para asegurar calidad y oportunidad en su entrega, así como el seguimiento en terreno de los avances en las metas acordadas. Las direcciones del primer y segundo nivel realizarán las coordinaciones necesarias para obtener dicha información. De acuerdo con sus capacidades técnicas y operativas, la DGPD también podrá designar un enlace técnico con los SILAIS que cumplirá con las funciones de coordinación operativa y de articulación de las intervenciones del ESS y el Programa con la gestión al nivel local.

C. Adquisición de bienes y servicios

3.8 En el caso de este PFR, las adquisiciones de bienes, obras y servicios relacionados se sujetarán al Procedimiento de Licitaciones del Banco. Cuando el valor estimado de los bienes o servicios relacionados sea de, por lo menos el equivalente de trescientos cincuenta mil dólares (US\$350.000) o mayor y el de las obras de, por lo menos, el equivalente de un millón de dólares (US\$1.000.000) o mayor, el método de adquisición a emplearse será el de licitación pública internacional, según lo dispuesto por dicho procedimiento de licitaciones. Las adquisiciones de bienes, obras y servicios relacionados cuyo valor sea inferior a los montos antes mencionados, se podrán regir por la legislación nacional siempre y cuando dicha legislación sea compatible con los principios del Banco. Salvo por las adquisiciones de bienes, obras y servicios relacionados que requieran el empleo del método de la licitación pública internacional, cuya supervisión será realizada por el Banco *ex-ante*, esto es, con anterioridad a la firma de los contratos, la supervisión del Banco de las licitaciones públicas o de otras formas de adquisiciones si las hubiese, se llevará a cabo en forma *ex-post*, esto es, con posterioridad a la firma de los contratos de adquisición correspondientes.

3.9 Del mismo modo, la contratación de servicios de firmas consultoras, instituciones especializadas o expertos individuales se sujetarán a las Políticas y Procedimientos del Banco para la Adquisición de Servicios de Consultoría que constan en el Documento GN-2220-10 de febrero de 2004. Cuando el valor estimado de dichos contratos de consultoría sea de, por lo menos el equivalente de doscientos mil dólares (US\$200.000) o mayor, el método de contratación a emplearse será el de licitación pública internacional, según lo dispuesto por dicho procedimiento del Banco. La contratación de los servicios de consultoría cuyo valor sea inferior al monto antes mencionado, también se regirá por los procedimientos del Banco con la diferencia que en estos casos no se requiere de un proceso de precalificación abierta para conformar una lista corta de oferentes de dichos servicios. Salvo por las contrataciones de servicios de consultoría que requieran el empleo del método de la licitación pública internacional, cuya supervisión será realizada por el Banco *ex-ante*, esto es, con anterioridad a la firma de los contratos, la supervisión del Banco de estas contrataciones se llevará a cabo en forma *ex-post*, esto es, con posterioridad a la firma de los contratos de consultoría correspondientes.

D. Período de ejecución y calendario de desembolsos

3.10 Se estima que el Programa será ejecutado en un plazo de cuatro años y tendrá un plazo máximo de desembolso de cinco años. De acuerdo con el plan tentativo de desembolsos netos que se presenta a continuación, habrá un desembolso inicial y cuatro tramos de financiamiento.

Cuadro III-1
Plan tentativo de desembolsos netos (US\$ millones)

Fuente	Desembolso Inicial	Tramo I	Tramo II	Tramo III	Tramo IV	Total
BID/FOE	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	30,0
%	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	100%

- 3.11 El desembolso inicial de hasta un 20% del financiamiento, se hará efectivo al momento de entrar en vigencia el Contrato de Préstamo respectivo y una vez que se cumplan las condiciones previas al primer desembolso. Este anticipo de recursos permitirá financiar los convenios y contratos de gestión iniciales que son clave para el logro de los resultados, tales como el lanzamiento de la ampliación de coberturas, la puesta en marcha del plan de inversiones en casas maternas, unidades de salud del primer nivel y hospitales, y asegurando también la continuidad de operación del sistema de seguimiento y evaluación.
- 3.12 De acuerdo con el Documento GN-2278-2 que aprobó en carácter experimental los PRF, este desembolso inicial debe descontarse del desembolso subsiguiente. Sobre el particular, el prestatario ha solicitado una excepción a la política, para que en este caso específico en que se utilizarán los procedimientos de adquisiciones del Banco se descuenta proporcionalmente dicho desembolso inicial de todos los tramos de financiamiento por resultados. Lo anterior, se justifica porque se requiere un gran esfuerzo de inversión en los años iniciales para poder cumplir con los resultados finales y el país dispone de un bajo margen de recursos presupuestarios incrementales que permitan estabilizar los flujos de financiamiento iniciales. Al descontar el desembolso inicial del desembolso subsiguiente, se ahogan significativamente las posibilidades de financiamiento del MINSA para seguir invirtiendo en la consecución de los resultados posteriores, porque habrá un bajo desembolso neto de recursos en el primer tramo de financiamiento por resultados, al poder mayormente justificar el reembolso en gastos elegibles realizados con los recursos del desembolso inicial. En cambio, la opción de un descuento proporcional del desembolso inicial de los tramos de financiamiento por resultados subsiguientes, esto es US\$1,5 millones por tramo, permite estabilizar los flujos de financiamiento en hasta US\$6 millones netos por cada tramo de financiamiento.
- 3.13 De aprobarse la excepción solicitada, cada uno de los cuatro tramos de desembolso de financiamiento por resultados serán de hasta un máximo de US\$6,0 millones netos, correspondiendo a reembolsos de gastos elegibles que se harán efectivos al momento de cumplir con las metas de resultados respectivamente acordadas y previo un pronunciamiento favorable de la auditoría de desempeño. Como aproximación general, se estima que los tramos de financiamiento se desembolsarán al principio de los respectivos años calendario, dado que en esos momentos se dispondrá de las estadísticas relativas al cumplimiento de las metas de los indicadores intermedios y finales acordados.
- 3.14 Para todos los tramos de financiamiento por resultados, se utilizará la modalidad *ex-post* en la revisión de la información de soporte de los respectivos desembolsos. Tal como se analizó en los antecedentes sobre la base de la experiencia del Programa 1027/SF-NI, el MINSA cuenta con buenos sistemas de gestión financiera, contable y de control interno como para poder optar por esta modalidad de revisión de la documentación soportante y, de hecho, ya la utiliza para montos menores (véase párrafos 1.16 a 1.19).

E. Seguimiento y evaluación

- 3.15 Con el fin de medir los resultados del Programa, así como proponer medidas de corrección o reorientación de acciones, se prevé un esquema de seguimiento y evaluación robusto con un adecuado balance entre las opciones institucionales existentes en el MINSA, la participación de auditores independientes en la revisión de los resultados, la incorporación de modalidades innovadoras de control social de la propia comunidad organizada a través del eje de satisfacción del usuario y los propios mecanismos de seguimiento y evaluación del Banco.

1. Seguimiento y evaluación del MINSA

- 3.16 El MINSA ha previsto un conjunto de mecanismos para garantizar el monitoreo permanente a la ejecución del proyecto, las intervenciones programadas y el logro de los resultados previstos, tal como se detalla en los archivos técnicos de la operación. Entre otros, dichos mecanismos están constituidos por la Matriz de Resultados del Programa, el Manual de Indicadores, la auditoría de desempeño, el control social y la supervisión periódica sobre las unidades de producción de servicios. En cuanto a sistemas de información, se continuará operando con base en los sistemas institucionales existentes como el SIMINSA para la actividad productiva sectorial, junto al Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) y el SIGFA para los efectos de los registros presupuestarios, financieros y contables. En carácter complementarios, se dispondrá también de la información específica generada por los proveedores públicos y privados que apoyan la ampliación de la cobertura de servicios básicos de salud, la cual será integrada a los sistemas institucionales.
- 3.17 En la operación del sistema de seguimiento y evaluación intervienen tres instancias: el nivel central, el nivel SILAIS y el nivel local. En el nivel central la DGPD se encargará de coordinar la administración del sistema y de coordinar operativamente el flujo de información desde las unidades de prestación de servicios y los SILAIS y de producir los reportes periódicos de seguimiento del Programa, tanto en lo correspondiente a la ejecución físico-financiera como en el cumplimiento de las metas e indicadores de desempeño. Asimismo servirá de contraparte a los equipos técnicos de la auditoría del desempeño. Dentro de la DGPD se establecerán dos equipos de trabajo para coordinar la operación del sistema de seguimiento y evaluación. El primero corresponde a sistemas de información y el segundo a monitoreo y evaluación. El primero tendrá las funciones de administración de los procesos de recolección y flujo de la información. Al segundo le corresponde las actividades de supervisión y control de calidad, la preparación de informes trimestrales de ejecución, la coordinación con las unidades técnicas del MINSA y la asistencia técnica a las unidades ejecutoras.⁵

⁵ El personal abocado a estas tareas de seguimiento y evaluación en el MINSA central es de diez personas, en el ámbito de los 12 SILAIS priorizados hay dos personas por cada SILAIS abocado a estas tareas, una persona por cada uno de los hospitales seleccionados y al menos una persona involucrada en esta gestión a nivel de cada uno de los 76 municipios priorizados.

- 3.18 En el nivel regional los SILAIS son las instancias que representan y operan el Programa a nivel de los departamentos, correspondiéndoles coordinar la recolección y consolidación de la información tanto por medios manuales como automatizados del SIMINSA. A los SILAIS les corresponde realizar la verificación y validación de los registros de información para garantizar la calidad de los datos. Dentro de los SILAIS la responsabilidad de administrar los datos del sistema y de reportar los resultados del Programa es la Subdirección del SILAIS, siendo esta unidad la que servirá de enlace y coordinación departamental para todos los temas relacionados con la supervisión y seguimiento del Programa.
- 3.19 La generación y consolidación de la información sobre producción de servicios y la ejecución de las intervenciones del Programa le corresponde al nivel municipal. En este nivel se genera información en los puestos y centros de salud, la cual es recopilada y consolidada a nivel municipal, en tanto que la información de los hospitales se consolida a nivel de SILAIS. Desde el punto de vista del procesamiento y consolidación de la información, el rol más importante les corresponde a los estadísticos de los Centros de Salud y de los Departamentos de Estadística de los Hospitales. En estas unidades locales los Directores (Centros de Salud y Hospitales) tendrán a su cargo la revisión de la calidad y el análisis de la información reportada.
- 3.20 La DGPD, en su calidad de administrador del sistema de seguimiento y evaluación, organizará en coordinación con los SILAIS visitas de supervisión, para realizar la verificación de la información reportada y la revisión de los procesos de consolidación y flujo de la información. Este proceso de revisión debe servir, adicionalmente, para: (i) informar y retroalimentar a las unidades ejecutoras del nivel local sobre el progreso y los resultados del Programa; (ii) generar al interior del Programa y de las unidades ejecutoras (puestos, centros de salud, hospitales y SILAIS) una cultura por la medición de resultados; (iii) establecer un proceso estructurado y sistemático para monitorear el Programa; y (iv) mejorar los mecanismos de control de calidad de la información.

2. Auditoría de desempeño

- 3.21 Para asegurar la independencia en la verificación del cumplimiento de los resultados asociados a cada desembolso, con excepción del desembolso inicial, el cumplimiento de las respectivas metas será revisado a través de una auditoría de desempeño que examinará y evaluará la calidad de los datos generados por los sistemas de seguimiento de los resultados, analizando la exactitud, confiabilidad, pertinencia, validez y credibilidad de los datos. En el marco de la auditoría de desempeño, el Banco, el MINSA y el equipo técnico de la auditoría realizarán reuniones trimestrales con el fin de revisar el avance del Programa con respecto al cumplimiento de las metas, identificar eventuales problemas relacionados con la consistencia y validez de los datos e identificar acciones correctivas para apoyar la ejecución del Programa y el cumplimiento de las metas.
- 3.22 Esta auditoría independiente de desempeño deberá ser realizada por una entidad internacional (firma consultora privada, una universidad u otra organización

internacional independiente), seleccionada y contratada por el Banco con cargo a los recursos del préstamo. Los términos de referencia de esta auditoría de desempeño forman parte de los archivos técnicos de esta operación y serán parte integrante del Contrato de Préstamo, constando que los pagos a dicha entidad serán independientes de la estructura de desembolsos del Programa.

3. Control social

- 3.23 El MINSA tiene contemplado realizar encuestas periódicas de satisfacción de usuarios en las comunidades beneficiarias de la extensión de cobertura materno-infantil dentro de los 76 municipios seleccionados, de manera que los resultados de estos levantamientos de información puedan ayudar a mejorar la canasta de servicios contemplados y a establecer un sistema de incentivos y desincentivos para las ONGs que brindarán los servicios de salud. Es decir, si una ONG es bien evaluada por la comunidad, cumple con la entrega de servicios contratados y brinda una atención adecuada, al tiempo que registra y consolida la información necesaria para el seguimiento y evaluación de los resultados en su nivel de responsabilidad, ésta pueda recibir un bono adicional por calidad de la atención. Por el contrario, si su desempeño no es bien evaluado por la comunidad y no cumple con los otros atributos de una buena atención, la ONG pueda recibir un descuento en sus pagos e incluso la eventual cancelación de su registro si los niveles de insatisfacción de la comunidad son muy altos y los incumplimientos contractuales así lo ameritaran.

4. Seguimiento y evaluación del Banco

- 3.24 El Banco realizará el seguimiento del Programa a través de la participación activa de la Sede y la Representación del Banco en Nicaragua mediante los procedimientos de inspección y supervisión para su ejecución satisfactoria, atendida la naturaleza experimental de un PFR, debiendo el Prestatario cooperar con el Banco brindando la asistencia e información necesaria. Para estos efectos, se considerará el apoyo de las misiones de administración con la periodicidad que se estime adecuada.
- 3.25 A los 30 días posteriores a la vigencia del Contrato de Préstamo el Banco, con el apoyo del MINSA, deberá evaluar los procedimientos administrativos del prestatario a través del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI) y de la herramienta de verificación de la capacidad de adquisiciones (*check list* de adquisiciones). A raíz de la aplicación de estos instrumentos, deberán ser establecidas las líneas de base de los indicadores de monitoreo para el fortalecimiento institucional del MINSA en los aspectos de adquisiciones, gestión financiera y de control interno, así como las metas relacionadas a estos indicadores, las cuáles deberán ser alcanzadas en los primeros 12 meses de ejecución de la operación.
- 3.26 El Ejecutor deberá presentar al Banco informes semestrales de ejecución, los cuales contendrán los avances en el cumplimiento de los resultados del Programa, evaluados sobre la base de los indicadores intermedios y finales de su Matriz de

Resultados (Cuadro II-2). Asimismo, estos informes detallarán el avance en los objetivos e indicadores de monitoreo para el fortalecimiento institucional del MINSA acordados durante el período previo a la entrada en vigencia del Contrato de Préstamo a través de los instrumentos descritos en el párrafo anterior. A su vez, se incluirá la información sobre el avance en los gastos realizados en el marco de las categorías elegibles destinados a la consecución de dichos resultados. En todos los casos, se incluirán también las eventuales medidas de acción adoptadas por el Ejecutor para corregir posibles retrasos en relación con la programación original de resultados, indicadores de fortalecimiento institucional y gastos elegibles.

- 3.27 Sobre la base de toda esta información, el Banco actualizará periódicamente el ISDP, los que en este caso particular de un PFR serán modificados para enfatizar el seguimiento de los resultados del Programa y los indicadores de fortalecimiento institucional, de manera de informar oportunamente sobre las medidas adoptadas por el Ejecutor en caso de retrasos significativos en los progresos hacia las metas acordadas en los distintos tramos de desembolsos. Complementariamente, darán importancia también al dictamen periódico de los auditores externos durante la ejecución sobre los aspectos financieros y operativos.
- 3.28 En un plazo no mayor a los 12 meses contados desde la entrada en vigencia del Contrato de Préstamo, el Banco contratará la realización de una evaluación especial de carácter independiente para revisar los progresos en el fortalecimiento institucional del MINSA en los aspectos de adquisiciones, gestión financiera y control interno. Si la evaluación demuestra que se han logrado los progresos acordados, el préstamo podrá seguir ejecutándose como un PFR con procedimientos del Banco. En caso contrario, el Banco y el Prestatario acordarán las medidas que juzguen apropiadas de acuerdo a los términos del contrato de préstamo. Dichas medidas podrán incluir acciones que se adopten con el objeto de continuar la ejecución del proyecto mediante el empleo de una modalidad de financiamiento diferente a la que contempla la presente Propuesta de Préstamo.
- 3.29 Adicionalmente y de continuar ejecutándose como un PFR, el Banco realizará revisiones periódicas anuales, una evaluación de medio término y una evaluación final que tendrán como insumo principal los resultados logrados en los indicadores intermedios y finales acordados en la Matriz de Resultados (Cuadro II-2) correspondientes a cada etapa, apoyándose en los informes semestrales del ejecutor y en el respectivo ISDP. La evaluación intermedia considerará la evolución de los indicadores intermedios en su relación con la línea de base, mientras que la evaluación final contemplará la evolución respecto de la línea de base de los indicadores intermedios y finales para alimentar el Informe de Terminación de Proyecto. Ambas evaluaciones podrán ser también enriquecidas con la evaluación del proceso de extensión de cobertura que realice el MINSA, especialmente con las encuestas de satisfacción de usuarios para fortalecer formas innovadoras de control social. En todas estas instancias, también se continuará informando sobre los progresos en materia de fortalecimiento institucional del MINSA en los aspectos de capacidad de adquisiciones, gestión financiera y control interno.

- 3.30 De acuerdo con las políticas y procedimientos vigentes, se consultó a las autoridades nicaragüenses sobre su disposición a llevar a cabo una evaluación *ex-post* del Programa. Las autoridades manifestaron su deseo de no llevar a cabo dicha evaluación, pero se comprometieron a mantener la información necesaria sobre los indicadores de resultados y ponerla a disposición del Banco para que, en caso de estimarlo necesario, pueda conducir posteriormente una evaluación *ex-post* del Programa que permita derivar evidencia empírica sobre los impactos obtenidos con las intervenciones del Programa en la reducción del perfil de morbi-mortalidad materno e infantil por causas evitables. Atendida la naturaleza especial de un PFR, los hallazgos y resultados de una evaluación *ex-post* permitirían establecer qué sucede con los resultados con posterioridad a la terminación del proyecto, proyectando sus eventuales mejorías o retrocesos, así como las eventuales causalidades técnicas de uno u otro tipo de comportamiento, identificando los mecanismos para promover la sostenibilidad de las metas y resultados alcanzados.

F. Auditoría externa

- 3.31 La auditoría externa de las entidades involucradas en la ejecución se realizará a través de una firma de auditores independientes aceptable al Banco, siguiendo sus políticas y procedimientos para su contratación (AF-200). Esta auditoría externa tendrá un carácter financiero y operacional, para asegurar que los recursos del Programa se han destinado al financiamiento de los gastos elegibles que son necesarios para la obtención de los resultados previstos y que se han seguido los procedimientos del Banco, contemplándose para ello la revisión *ex-post* de toda la documentación de soporte de los desembolsos por tramos de financiamiento. Su financiamiento también estará considerado en los gastos elegibles de asistencia técnica y consultorías del Programa.
- 3.32 Para estos efectos, el Organismo Ejecutor deberá presentar anualmente al Banco los estados financieros del Programa con base en términos de referencia previamente aprobados por el Banco (AF-400), auditados por la firma de auditores externos. Adicionalmente deberá presentar, dentro de los sesenta (60) días posteriores a cada solicitud de desembolso, un informe sobre la revisión *ex-post* integrada de los procesos de desembolsos habilitados bajo esta modalidad, así como de toda la documentación de soporte que respaldan dicha solicitud, de acuerdo con los términos de referencia previamente aprobados por el Banco (AF-500).

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad institucional

- 4.1 Desde la perspectiva del sistema de adquisiciones, han habido avances significativos en la experiencia del MINSA con los procedimientos del Banco a través del préstamo 1027/SF-NI anteriormente referido y que se encuentra finalizando su ejecución. Complementariamente, se cuenta con una importante experiencia de gestión por resultados en el marco del seguimiento de los indicadores de la ERCERP que han sido apoyados por el Banco a través de operaciones sectoriales que han contribuido a fortalecer dicha capacidad institucional y a promover el cambio de cultura organizacional, desde el énfasis en insumos y productos hacia un énfasis en los resultados de la gestión.
- 4.2 Otro aspecto importante que incide positivamente en la viabilidad institucional de esta operación, se relaciona con los acuerdos logrados sobre sus mecanismos de ejecución que confieren un liderazgo técnico y operativo a la DGPD del MINSA como unidad de línea más directamente vinculada con la ejecución del ESS en general y con esta operación en particular, fortaleciendo su desempeño con apoyos técnicos y administrativos especializados bajo su dependencia directa que provendrán del proyecto que finaliza su ejecución. Lo anterior, contribuye a crear una capacidad institucional de gestión más permanente al interior del MINSA y que se aproveche el conocimiento adquirido más allá del horizonte de ejecución de esta operación, evitando la dualidad de funciones y los potenciales conflictos organizacionales creados por la existencia de unidades de coordinación separadas de la línea.

B. Viabilidad socioeconómica

- 4.3 Como se detalla en la Matriz de Resultados del Programa (Cuadro II-2), se espera en el corto-mediano plazo un mejoramiento de los indicadores de cobertura asociados especialmente al objetivo de reducir el perfil de morbi-mortalidad materno e infantil, tales como los controles preventivos del embarazo y la atención institucional del parto, junto con un mejor desempeño de ciertos indicadores trazadores representados por la atención hospitalaria de las patologías materno-infantiles con mayor incidencia como son las hemorragias maternas y las asfixias neonatales. A mediano y largo plazo, estos progresos redundarán en una menor tasa de mortalidad materno e infantil si son acompañados también de un mejoramiento de las condiciones demográficas, económicas y sociales generales del país, produciéndose ahorros importantes para el sistema de salud y una mejor base de formación de capital humano debido a los esfuerzos de prevención, el mejoramiento de la atención y la gestión orientada a resultados. Con ello, el país tendrá mayores posibilidades de lograr los ODM en salud, contará con una población más productiva por ser más sana y podrá generar ahorros de costos importantes basados en una gestión por resultados y una atención de salud con énfasis preventivo y promocional.

C. Viabilidad financiera

- 4.4 La definición por parte del MINSA del Plan Quinquenal de Desarrollo para el sector salud, donde se operacionalizan las políticas y prioridades de salud pública especialmente relacionadas con la extensión de la cobertura de servicios materno-infantiles para poblaciones vulnerables del país, junto al decidido apoyo que ha comprometido la comunidad internacional representada por los organismos multilaterales y las agencias de cooperación bilateral, más las posibilidades de asignar recursos de expansión presupuestaria, o incluso de reasignar recursos, de acuerdo con las posibilidades del país en el próximo quinquenio, aseguran la viabilidad y sostenibilidad financiera del ESS y del Programa. Además, la posibilidad de vincular los desembolsos al logro de resultados en términos de indicadores intermedios y finales puede incidir significativamente en la sostenibilidad de estos esfuerzos más allá del próximo quinquenio, toda vez que el posible éxito en la consecución de los resultados programados puede facilitar la tarea de continuar allegando recursos externos e internos para el sector salud si estos encuentran una expresión concreta en el mejoramiento de la salud materno-infantil.

D. Impacto socio-ambiental

- 4.5 Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (AB-1704). También esta operación califica automáticamente como un proyecto orientado a la pobreza (PTI), por tratarse de una operación que en sus gastos elegibles apoya básicamente la ampliación de cobertura de atención primaria de salud para la población pobre del país, especialmente dirigida a las madres y niños, con criterios de focalización vinculados a criterios de pobreza, dificultades de acceso y condiciones de salud.
- 4.6 Respecto a la adecuación cultural, es importante resaltar que el MINSA cuenta con el marco legislativo, normativo y técnico que soporta las consideraciones especiales para los grupos étnicos del país, destacando principalmente las disposiciones de la Ley General de Salud y su Reglamento, el MAIS, y la PNS. En términos de atención primaria a la población en áreas rurales, la cual se prevé se entregue por medio de ONGs, el MINSA cuenta con claros lineamientos y criterios especiales para la selección de dichos prestadores de servicios, especialmente en comunidades indígenas de la Región Autónoma Atlántica Norte (RAAN) y de la Región Autónoma Atlántica Sur (RAAS). Dentro de estas consideraciones se encuentran la presencia y reconocimiento de las ONGs en las comunidades beneficiarias, la capacidad de contar con apoyo local y las consideraciones de género y lenguaje con el fin de lograr una mejor calidad y apropiamiento de la prestación de los servicios.
- 4.7 Específicamente sobre la atención materno-infantil, el MINSA cuenta también desde 1998 con la experiencia de las casas maternas, las cuales han sido un modelo exitoso para contribuir a la disminución de la mortalidad materna y neonatal mediante la mejora del acceso al parto institucional y cuidados al recién nacido en comunidades alejadas de los servicios de salud con concentración de población

indígena. El modelo de las casas maternas se basa en la promoción de la participación comunitaria e incentiva a las organizaciones locales para liderar la administración de las casas, aprovechando su conocimiento de la cultura y condiciones especiales de las comunidades. Las casas maternas se apoyan de la red de salud comunitaria para la prestación de los servicios básicos, la cual incluye voluntarios y parteras capacitadas para apoyar los servicios. Dicha experiencia, continuará siendo apoyada por esta iniciativa dentro de sus gastos elegibles.

- 4.8 En la perspectiva de género, la operación otorga prioridad a la ampliación de la cobertura de servicios de salud especialmente dirigida a las madres y niños pertenecientes a hogares pobres, promoviendo una mayor igualdad de oportunidades en el acceso a este tipo de servicios para esta población objetivo. Asimismo, el seguimiento y evaluación del Programa enfatizará la atención en los indicadores intermedios y finales asociados a la medición de progresos en la atención básica como la cobertura de controles preventivos del embarazo y de la atención institucional del parto que inciden de manera importante en el estado de salud de las madres y en los primeros meses de vida de los infantes.
- 4.9 Desde el punto de vista ambiental, el Programa incorporará las reglamentaciones vigentes sobre licencias ambientales para el manejo de residuos hospitalarios en todas las inversiones en obras civiles y compras de equipos que se financien a través de los gastos elegibles del préstamo. Adicionalmente, los convenios o contratos de compra de servicios que se preparen contendrán cláusulas para garantizar el cumplimiento por parte de los contratistas de las reglamentaciones ambientales vigentes.

E. Beneficios y beneficiarios

- 4.10 El apoyo a la ampliación de cobertura de salud, especialmente dirigida hacia la población pobre que hoy no cuenta con acceso o tiene un acceso limitado a los servicios médicos, es una gran inversión en capital humano que puede tener impacto significativo en la cohesión social y la productividad de una población más sana, reduciendo la carga de morbi-mortalidad materno e infantil y de otros problemas de salud prioritarios de la población objetivo que hoy amenazan las posibilidades de desarrollo económico y social del país. Justamente, son las madres y niños pertenecientes a hogares pobres los principales beneficiarios de esta iniciativa que pretende, ante todo, mejorar su situación de salud actual mediante el firme compromiso de promover el logro de un conjunto de resultados intermedios y finales asociados a la cobertura de salud de esta población objetivo. Asimismo, el Programa pondrá un acento especial en el logro de estos mismos resultados en la población indígena por la vía de reducir sus barreras interculturales de acceso mediante el estímulo a la contratación de modalidades alternativas de atención.

F. Riesgos

- 4.11 En cuanto a los riesgos de la operación, sin duda el principal es el eventual incumplimiento de los resultados intermedios y finales acordados para hacer efectivo los desembolsos por factores ajenos al control de la operación, como

posibles eventos epidemiológicos no previstos que desvíen la producción de atenciones o afecten los resultados finales, junto a la inestabilidad política que puede significar cambios en las políticas y prioridades de salud pública, situaciones ambas que pueden poner en riesgo la ejecución del Programa y el logro de sus objetivos de desarrollo. Como factor de mitigación, cabe destacar que el MINSA tiene una red de servicios de salud que será fortalecida en el marco del ESS en línea de poder controlar mejor eventos epidemiológicos no previstos y poder mantener simultáneamente la concentración del sistema en las prioridades de atención materno-infantil. A su vez, la existencia de una política de salud con claras prioridades y un plan nacional de salud que ha sido ampliamente consensuado con la sociedad civil, esfuerzos que son apoyados por el ESS, refuerzan su carácter de política de estado y son la mejor defensa para asegurar la continuidad ante posibles cambios políticos.

- 4.12 Otro riesgo potencial de esta operación se refiere a un eventual resultado negativo de la evaluación independiente sobre los progresos en los indicadores de fortalecimiento institucional del MINSA, la cual se llevará a cabo a más tardar a los 12 meses de la entrada en vigencia el Contrato de Préstamo. Si dicha evaluación indica falta de cumplimiento o cumplimiento parcial de las metas acordadas, ambas partes acordarán las medidas que juzguen apropiadas de acuerdo a los términos del Contrato de Préstamo. Dichas medidas podrán incluir acciones que se adopten con el objeto de continuar la ejecución del proyecto mediante el empleo de una modalidad de financiamiento diferente a la que contempla la presente Propuesta de Préstamo. Para mitigar este riesgo, se aplicará el SECI y la herramienta de verificación de la capacidad de adquisiciones (*check list*) y se acordará un plan de acción concreto y realista en materia de adquisiciones, gestión financiera y control interno para que el MINSA logre su cumplimiento oportunamente. Adicionalmente, se espera poder hacer revisiones periódicas de estos avances para así identificar las áreas que requieren mayor atención y que permitan corregirse antes de llevarse a cabo la evaluación independiente.
- 4.13 Finalmente, un riesgo adicional de la operación está representado por el estrecho alineamiento que se requiere de los intereses de todos los actores que participan en el ESS, organismos multilaterales y bilaterales, de manera de asegurar que efectivamente hagan efectivo los aportes de recursos que han comprometido para apoyar el Plan Quinquenal de Desarrollo y que no restrinjan el margen de acción del MINSA para asignar estos recursos a la principal prioridad representada por la extensión de cobertura materno-infantil a la población más vulnerable del país, situación que podría poner en riesgo la consecución de los resultados del ESS y el Programa. Al respecto, cabe destacar que el liderazgo técnico que ha asumido el MINSA en la conducción del ESS con la explicitación de su política y prioridades de salud pública, junto con su operacionalización en el Plan Quinquenal de Desarrollo, mitiga las posibilidades de descoordinación, minimiza las posibilidades de presiones particulares por parte de los socios del ESS y asegura la concreción de sus aportes de financiamiento a sus prioridades para el logro de los resultados del ESS y el Programa.