

DIVULGACIÓN SIMULTÁNEA

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BOLIVIA

MEJORAMIENTO DEL ACCESO

A SERVICIOS HOSPITALARIOS EN BOLIVIA

(BO-L1078)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Susan Kolodin (SCL/SPH), jefe de equipo; Beatriz Zurita (SCL/SPH); Juan Pablo Severi (SCL/SPH); Julia Johannsen (SPH/CBO); Javier Jiménez (LEG/SGO); José Luis de la Bastida (VPS/ESG); Joyce Elliot (PDP/CBO); Zoraida Arguello (FMP/CBO); y Roberto Laguado (FMP/CBO); Clara Alemann (consultora SCL/GDI); Nydia Contardo (Consultora); y Claudia Pévere (SCL/SPH).

El presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El Directorio Ejecutivo podrá aprobar o no el documento o aprobarlo con modificaciones. Si posteriormente fuera objeto de actualizaciones, el documento actualizado se pondrá a disposición del público de acuerdo con la Política de Acceso a Información del Banco.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemas y justificación	2
B. Objetivos, componentes y costo	7
C. Indicadores clave de la matriz de resultados	10
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	10
A. Instrumentos del financiamiento.....	10
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	11
C. Riesgos fiduciarios.....	12
D. Otros Riesgos	12
III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	13
A. Resumen de medidas de implementación.....	13
B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados	15

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

Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37027359
2.	Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37019731
3.	Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37071635
4.	IGAS http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37025939
OPCIONALES	
1.	Tabla de Costos http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37019434
2.	Programa Médico Arquitectónico de Potosí http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37021047
3.	Equipamiento Hospital El Alto Norte http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37024300
4.	Equipamiento Potosí para Escenarios http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37024312
5.	Propuesta de Recursos Humanos para Potosí http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37024327
6.	Análisis Costo Beneficio http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37026080
7.	Formulario de Evaluación y Filtro de Política de Salvaguardias http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37026024

ABREVIATURAS

AA	Análisis Ambiental
CO	Capital Ordinario
EESS	Establecimientos de Salud
EG	Ente Gestor
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
DGAA	Dirección General de Asuntos Administrativos
FOE	Fondo de Operaciones Especiales
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISM	Índice de Salud Municipal
LPI	Licitación Pública Internacional
MEFP	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
POA	Plan Operativo Anual
ROP	Reglamento Operativo del Proyecto
SAFCI	Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural
SEDES	Servicio Descentralizado de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información de la Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
NV	Nacidos Vivos
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UEP	Unidad Ejecutora del Programa

RESUMEN DEL PROYECTO

BOLIVIA

Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia (BO-L1078)

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: Estado Plurinacional de Bolivia Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud y Deportes				CO	FOE
			Plazo de amortización:	30 años	40 años
			Período de gracia:	6 años	40 años
			Período de desembolso:	5 años	5 años
Fuente	Monto (US\$ Millones)	%	Tasa de interés:	FU Fija	0,25%
BID (FOE) (20%)	7,00	14	Comisión de inspección y vigilancia:	*	N/A
BID (CO) (80%)	28,00	57			
Local	14,20	29	Comisión de crédito:	*	N/A
Total	49,20	100	Moneda	Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco	Dólares estadounidenses
Esquema del Programa					
Objetivo del programa: mejorar la eficiencia de producción de servicios y la capacidad resolutive de las redes de salud en El Alto y Potosí para atender las necesidades de atención al nivel departamental. Así se podrán resolver casos de atención postpuestos o desalentados, particularmente para mujeres, niños, y personas que pertenecen a grupos indígenas. Dado el perfil epidemiológico de Bolivia, el proyecto tendrá impacto en la reducción de la mortalidad, especialmente la materna-infantil. La construcción y equipamiento de servicios hospitalarios de especialidad complementa y completa el funcionamiento de las redes de atención de salud en Potosí y El Alto (pár. 1.14).					
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso: i) que se haya creado la Unidad Ejecutora del Programa (UEP) con capacidad suficiente, administrativa, legal y financiera (incluyendo la instalación del sistema administrativo-financiero del Estado) para llevar a cabo las actividades del programa y que se haya nombrado al personal clave, de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco); y ii) que el Reglamento Operativo del Programa (ROP) haya sido aprobado por el ejecutor, en los términos aprobados previamente por el Banco, incluyendo los elementos estipulados en el IGAS (pár.3.4). Condición contractual especial de ejecución: será condición al desembolso de los recursos del Componente 2 del programa que se haya seleccionado el Ente Gestor (EG) de conformidad con los términos de referencia aprobados previamente por el Banco (pár. 3.1). Condición contractual especial del programa: será condición especial del programa evidencia de la asignación incremental y anual en el presupuesto general del Estado de recursos para cubrir, de acuerdo con el Plan de Puesta en Marcha, los gastos relacionados con salarios y beneficios, insumos, mantenimiento y demás gastos operativos del Hospital de El Alto, una vez éste inicie sus operaciones (pár. 2.9).					
Financiamiento retroactivo de gastos: el Banco podrá financiar retroactivamente, con cargo a los recursos del préstamo, todos los gastos relacionados con la adquisición del equipamiento médico e industrial para el Hospital El Alto Norte, hasta por un monto equivalente a US\$3 millones (pár.3.7).					
Desembolso especial: una vez que el contrato de préstamo haya entrado en vigencia y se haya dado cumplimiento a las condiciones generales previas al primer desembolso establecidas en el Artículo 4.01 de las Normas General del mencionado contrato de préstamo, el Banco podrá desembolsar al organismo ejecutor hasta la suma de US\$100.000, con cargo a los recursos del financiamiento para apoyar al organismo ejecutor a contratar el equipo necesario de la UEP (pár.3.4).					
Adquisiciones: todas las adquisiciones del programa se realizarán de conformidad con las políticas y procedimientos del Banco definidos en los documentos GN-2349-9 y GN-2350-9.					
Excepciones a las políticas del Banco: ninguna					
El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [x] No []					
El proyecto califica como: SEQ [x] PTI [X] Sector [] Geográfica [x] % de beneficiarios []					

(*) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75% ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 En los últimos años, Bolivia ha experimentado avances respecto a algunos indicadores de desarrollo social. La incidencia de pobreza extrema se redujo a nivel nacional de 41% al 26,1% entre 1996 y 2009¹. La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores a tres años se redujo de 37,7% a 20,3%, y la tasa de mortalidad infantil se redujo de 81,9 a 50 por mil nacidos vivos (NV) a nivel nacional en el mismo período. No obstante lo anterior, el país presenta rezagos en la comparación regional. Así, en Bolivia se presenta la segunda tasa más alta de mortalidad infantil (TMI) de la región de América Latina, siendo las principales causas neumonía y diarreas. La TMI está concentrada en la mortalidad neonatal con tasas de 27/mil NV al nivel nacional, 35/mil NV en La Paz y 47/mil NV en Potosí². La tasa de mortalidad materna muestra un retroceso marginal: la primera causa de mortalidad materna son las hemorragias durante el embarazo y parto³, la segunda son las infecciones y la tercera se debe a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo⁴.
- 1.2 La mortalidad materna e infantil está condicionada en gran parte por las desigualdades en el acceso a los servicios de salud con calidad, y por barreras económicas, geográficas, culturales y hábitos de la población. Por ejemplo, en 2008, la cobertura de parto asistido por personal calificado se encontraba en 71% a nivel nacional y en 51% en zona rural, y en Potosí estaba en 31,7%⁵; las mujeres indígenas que viven en zona rural tienen cuatro veces mayor probabilidad de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las ciudades⁶. Un principio universalmente aceptado en materia de atención materno infantil refiere a la importancia de la captación precoz de embarazos y los controles prenatales, combinado con la atención oportuna. Sin embargo, la gran mayoría (>70%) de las complicaciones obstétricas durante el parto ocurre de manera inesperada y en gestantes sin factores de riesgo, evidenciando la limitada capacidad de predicción y prevención de estos controles. En este contexto, es inevitable resolver las emergencias obstétricas y evitar las muertes perinatales asociadas cuando se presentan, lo cual requiere mayor capacidad resolutive en la red de atención, particularmente hospitales con las especialidades correspondientes⁷. Otro factor determinante de la mortalidad materna es el número elevado de embarazos no planificados⁸ y la falta de acceso a servicios de planificación familiar⁹. La literatura demuestra que estrategias para reducir la

¹ Fuente: PNUD: Objetivos del Milenio, Informe sobre Desarrollo Humano en Bolivia; UDAPE/ENDESA 1989 - 2008

² Instituto Nacional de Estadística (INE) - Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2008.

³ A. L. Prieto y C. Cid, "Análisis del Sector Salud de Bolivia", BID, Agosto 2010, página 20.

⁴ Fuente: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) Dossier de Estadísticas 2009

⁵ Sistema Nacional de Información de la Salud (SNIS) 2011A

⁶ Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015. MSD. Bolivia 2010. P13

⁷ Cordero, Luis Muñoz, *Salud de la Mujer Indígena*; Banco Interamericano de Desarrollo; 2010.

⁸ 61% de los nacimientos en los cinco años previos a la ENDESA no eran esperados, especialmente en zona rural (70%)

⁹ Según el informe de *UN Commission on Information and Accountability, Countdown to 2015*, una de cada tres mujeres pobres prefiere espaciar sus embarazos, y/o no tiene acceso a servicios de planificación familiar.

mortalidad materna incluyen el parto institucional asistido por profesionales calificados, y la existencia de cuidados obstétricos comprensivos de emergencia, para resolver complicaciones obstétricas y neonatales^{10, 11}.

- 1.3 Bolivia está en una etapa incipiente de la transición epidemiológica y demográfica. En tal sentido, todavía dominan como causas de morbilidad las enfermedades infecciosas y transmisibles. No obstante, entre las primeras causas de mortalidad, las crónicas no-transmisibles tienen cada vez mayor importancia, incluyendo las enfermedades isquémicas de corazón, las cerebrovasculares, la cirrosis del hígado, la nefritis, la diabetes y la hipertensión cardíaca¹². En este contexto, por ejemplo, se calcula que el actual uso de servicios de hemodiálisis cubre apenas el 20% de la necesidad¹³. Frente a esta situación, la dotación de camas hospitalarias y atención ambulatoria especializada en Bolivia es baja, situando al país entre los de menor cobertura de la región (algo más de una cama por mil habitantes)¹⁴. Simultáneamente, la distribución de éstas en el territorio es asimétrica y la capacidad de resolución es modesta como consecuencia de falta de personal especializado y equipamiento escaso, obsoleto o en mal estado. Por ejemplo, en términos de infraestructura hospitalaria en el departamento de La Paz hay 12,57 camas hospitalarias por 10.000 personas, mientras en Chuquisaca son 30,06, en Cochabamba 17,17 y en Potosí hay 11,44¹⁵, lo cual demuestra tanto insuficiencia¹⁶ como una distribución inequitativa de camas al nivel nacional¹⁷.
- 1.4 **Situación de Salud en El Alto.** Los Departamentos de Potosí y La Paz (particularmente la ciudad de El Alto) concentran muchas de las desigualdades de acceso y de calidad de la atención. La ciudad de El Alto, con una población de aproximadamente un millón de habitantes, y con 2.633,13 habitantes por kilómetro cuadrado (hab/Km².) tiene la mayor densidad poblacional de Bolivia¹⁸. Más de la mitad de esta población es pobre, se identifica como “indígena” y en sus hogares se habla un idioma nativo (principalmente Aymará y Quechua)^{19, 20}. Según la encuesta de mortalidad materna del 2000, en el departamento de La Paz la tasa de mortalidad materna estaba en 326/100mil NV²¹. En 2009 apenas 54% de los partos se realizaron en un establecimiento de salud, y solo el 36% de los

¹⁰ Oona, MR., Campbell, W, Graham, J 2006 “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works” *The Lancet Maternal Survival Series Steering Group The Lancet* 368:1284 – 99.

¹¹ Jamison, et al; *Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006; The World Bank*; p513.

¹² Programa Fortaleciendo Redes de Servicios de Salud – Bolivia; p. 24; OMS Global Burden of Disease 2004

¹³ http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_21_4/01_Dr_Flores.pdf . Tomando en cuenta las condiciones epidemiológicas de Bolivia en comparación con Chile, en Potosí se estima un requerimiento de 300 personas en diálisis por millón, es decir 225 personas que debieran estar en hemodiálisis.

¹⁴ (<http://new.paho.org>), Datos y Estadísticas, generador de tablas, último dato disponible para Bolivia de la variable E.22.0.0 “Razón de camas hospitalarias (por mil habitantes)” 26 de julio 2012.

¹⁵ Fuente: INE, Proyección 2009.

¹⁶ Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos, 2009”, el promedio de camas por 10.000 habitantes en A. Latina y el Caribe es de 18, frente a 11 en el caso de Bolivia.

¹⁷ A falta de información específica de morbilidad, solamente está disponible la información de infraestructura.

¹⁸ Fuente Diagnóstico Rápido Redes de Salud – MSD, 2011. La Paz, en un valle, y el Alto, en la meseta de la cordillera de los Andes son contiguas. El Alto concentra la población de reciente migración de las zonas rurales, en asentamientos irregulares que a través del tiempo adquieren los servicios básicos.

¹⁹ Fuente: UDAPE Dossier de Estadísticas 2009.

²⁰ UDAPE Dossier de Estadísticas 2009.

²¹ Fuente Encuesta Post Censo sobre Mortalidad Materna 2000.

niños/as menores de un año con neumonías fueron atendidos en establecimientos de salud (EESS)²². Durante el 2009 el hospital Los Andes, funcionando a plena capacidad, atendió un total de 3.448 partos²³, equivalentes apenas al 50% de los partos esperados en dicha red²⁴. Esta situación requiere aumentar capacidad resolutive y duplicar la infraestructura y la capacidad instalada para partos y atención del recién nacido.

- 1.5 La población alteña sigue sufriendo principalmente por enfermedades infecciosas, especialmente diarreas, neumonía y bronquitis. Dada la costumbre de buscar atenciones cuando se percibe que la situación se agrava, la atención hospitalaria, que incluye atención ambulatoria con capacidad diagnóstica y resolutive, termina siendo la manera más eficaz de salvar vidas²⁵. Al mismo tiempo, se está reportando cada vez más morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas. Por ejemplo, la detección y tratamiento de los casos de hipertensión se cuadruplicaron entre 2008 y 2010²⁶. En el mismo período, el Hospital Boliviano-Holandés reporta un incremento sustancial de casos de diabetes mellitus tipo I y II. La falta de acceso a atención médica para el diagnóstico oportuno y tratamiento de enfermedades crónicas hace altamente probable el sub-registro de la morbi-mortalidad en estas poblaciones, por lo que actualmente estas enfermedades no están reflejadas entre las principales causas de morbilidad.
- 1.6 **Acceso a Servicios Hospitalarios en El Alto** La Red Municipal de El Alto está compuesta por cinco redes de salud, incluyendo 40 centros de salud de primer nivel²⁷, y cinco hospitales de segundo nivel. En 2011, el Hospital Boliviano-Holandés, el hospital más sofisticado de El Alto, refería a 16% de los casos de medicina interna y 12% de los casos de pediatría a hospitales en la ciudad de La Paz por no contar con capacidad resolutive debido a falta de especialistas y equipamiento especializado²⁸. En este contexto, en 2011, el Gobierno Municipal de El Alto y la Gobernación de La Paz financiaron la construcción del “Hospital Gemelo Norte” (de ahora en adelante Hospital El Alto Norte) con capacidad resolutive especializada. El Servicio Descentralizado de Salud La Paz (SEDES) está en proceso de asignación de los recursos humanos necesarios para la operación del hospital, y se ha solicitado al Banco apoyo para financiar el equipamiento del mismo. Este nuevo hospital deberá abocarse a la atención de las urgencias y las enfermedades crónicas prevalentes en la población ya que será el único de tercer nivel para toda la población mencionada. Al mismo tiempo, debe responder a la brecha de cobertura de partos normales y emergencias obstétricas de la Red.
- 1.7 **Situación de Salud en Potosí.** El Departamento de Potosí es uno de los más pobres del país: en 2000 la tasa de mortalidad materna estaba en 352/100mil NV,

²² Fuente: UDAPE Dossier de Estadísticas 2009.

²³ Fuente SNIS 2011.

²⁴ En 2011, el Hospital Los Andes el porcentaje de ocupación hospitalaria en el área de maternidad estaba en 95%; SNIS 2012.

²⁵ Según Jamison, para reducir la mortalidad infantil, el manejo integral de enfermedades respiratorias requiere la posible referencia a un hospital con capacidad diagnóstica y resolutive; en *Disease Control Priorities in Developing Countries; 2006; The World Bank*; p. 488.

²⁶ Fuente: Hospital Boliviano-Holandés, Presentación SNIS-VIG EPI Comparativo 2010 – 2011.

²⁷ 26 centros de salud; 14 centros de salud con cama; Fuente: Diagnóstico Rápido de Redes; MSD, 2011.

²⁸ Fuente: Hospital Boliviano-Holandés, presentación SNIS-VIG EPI Comparativo 2010 – 2011.

la perinatal de 43 y la neonatal de 41/100mil NV²⁹. El Departamento registra una población de 788.406 habitantes (7,7% de la población nacional, y la gran mayoría es de origen Quechua (59%) y Aymará (7%)³⁰. Según el Índice de Salud Municipal (ISM)³¹, Potosí se encuentra en la peor situación de salud de todos los departamentos. Las primeras causas de consulta por emergencia en el hospital en 2009 fueron traumatismos y envenenamientos, enfermedades del sistema digestivo, y enfermedades del sistema nervioso³². Los accidentes laborales provocan una mortalidad prematura en los hombres y una esperanza de vida reducida³³. Tomando en cuenta que en Potosí la población está expuesta a contaminantes y daños causados por el trabajo en minería, es necesario brindar atención especializada para enfermedades de esta población incluyendo envenenamiento por plomo y/o mercurio, enfermedades pulmonares y de la piel, y accidentes industriales. Por otro lado, los altos índices de mortalidad materna y neonatal señalan la necesidad de incrementar las atenciones en servicio a partos. Para proveer esta atención se requiere incluir algunas subespecialidades además de las cuatro especialidades básicas³⁴, como traumatología, neonatología, neurocirugía, kinesioterapia, oftalmología, urología y cirugía infantil³⁵.

- 1.8 **Acceso a Servicios de Salud en Potosí.** El Departamento cuenta con 40 servicios municipales integrados en 11 Redes Funcionales de Salud. En dichas redes operan 330 puestos de salud, 145 centros de salud (38 camas), cuatro hospitales básicos con 129 camas en total (todas en zona urbana) y un hospital general (Daniel Bracamonte, con 153 camas). La mayoría de los establecimientos de salud requieren mejoras en su infraestructura y equipamiento, así como abastecimiento más regular de insumos y medicamentos³⁶. El Hospital Bracamonte tiene varias áreas de atención saturadas; dado el espacio reducido no hay lugar para incrementar las atenciones adicionales que se requieren, tales como partos de urgencia, rayos x o hemodiálisis.
- 1.9 Debido a la débil capacidad de respuesta de la red primaria, las personas enfermas tienden a postergar sus atenciones hasta que presenten síntomas graves, y en estas ocasiones buscan atenciones en el hospital. Para atender a esta situación, el Banco está apoyando al Gobierno de Bolivia a fortalecer el funcionamiento de la red departamental de Potosí, mediante el préstamo 2614/BL-BO. Dicho proyecto financiará la construcción y equipamiento de establecimientos de salud de primer y segundo nivel, así como un hospital general con especialidades en la ciudad de Llalagua. El proyecto también apoya al SEDES Potosí a fortalecer el sistema de referencia y retorno departamental, mejorar su capacidad de planificar las

²⁹ ENDESA Encuesta Post - Censal 2000.

³⁰ INE y Viceministerio de Asuntos Indígenas, Censo 2001.

³¹ Fuente: OPS; Índice de Salud Municipal, 2009. Es un índice que hace posible medir las desigualdades en salud, contemplando indicadores relevantes tanto del estado de salud poblacional como de los determinantes de la salud. Un valor de 1 se interprete como un estado ideal, mientras un valor a 0 se puede interpretar como la peor situación relativa.

³² Registro Médico de Emergencia – Hospital Daniel Bracamonte, 2009.

³³ Ramírez Hita, S. 2009. “La Contribución Del Método Etnográfico Al Registro Del Dato Epidemiológico. Epidemiología Sociocultural Indígena Quechua De La Ciudad De Potosí”. Salud Colectiva. 5(1).

³⁴ OB-GYN, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía.

³⁵ En el caso de los especialistas en medicina interna, se considera que algunos de ellos sean neumólogos, cardiólogos y/o gastroenterólogos.

³⁶ Estudio de Brechas en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) Potosí; Encuestas y Estudios; 2011.

necesidades respecto a los recursos humanos que se requieren, incluyendo su formación y capacitación, y realizar actividades de promoción. Por otro lado, el Banco Mundial está financiando la pre-inversión para un hospital de segundo nivel en Ocuri³⁷ (en el norte del departamento), cuya construcción será financiada con el mismo préstamo del BID. Asimismo, el BID, mediante préstamo 2252/BL-BO, está financiando mejoras en infraestructura y equipamiento de primer nivel en el municipio de Ocurí. Para completar la Red Departamental de Potosí, la presente operación apoyará al Gobierno de Bolivia a construir un nuevo hospital con capacidad resolutive en el centro urbano de la ciudad de Potosí.

- 1.10 **Organización del Sector Salud.** La Ley Marco de Autonomías y Descentralización establece que el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el ente rector del sector al nivel nacional. Corresponde al MSD elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen su funcionamiento, así como el funcionamiento del Sistema Único de Salud (SUS), incluyendo el pago de salarios del personal dependiente de dicho sistema³⁸. Los gobiernos departamentales ejercen funciones relacionadas con la rectoría del sistema departamental. Al mismo tiempo, les corresponde la dotación y mantenimiento de la infraestructura de tercer nivel, cofinanciar políticas, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central y fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el SUS, entre otras. A los municipios les corresponde formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud, administrar la infraestructura y equipamiento, incluyendo el mantenimiento de los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, y dotar a los mismos con agua y saneamiento, equipos, mobiliario, medicamentos e insumos³⁹.
- 1.11 **Organización, Estructura de Atención y Gestión Hospitalaria.** El actual modelo de gestión hospitalaria produce ineficiencias tanto por la demanda como la oferta. Las consultas ambulatorias se realizan de manera no programada, sin cita previa, y basadas principalmente en percepción de urgencia, produciendo largas esperas por parte de los pacientes. Este modelo no permite una adecuada programación del uso de las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias. Por otro lado, se promueve internaciones de casos graves debido a la postergación de atención, así como para exámenes de diagnóstico, y largas estadías pre y post quirúrgica, incrementando el costo de la atención. Se propone un modelo de atención especializada en forma ambulatoria, un sistema de *triage* para urgencias, y mayor calidad de las internaciones. Dicho modelo produce mejores resultados al mejorar la oportunidad de la atención, mantener a los pacientes en su medio cotidiano, disminuir las infecciones intrahospitalarias y liberar capacidad para pacientes más complejos. Se desarrollarán sistemas de agenda de los especialistas de forma programada, permitiendo la referencia y retorno dentro de la red según disponibilidad segura de las horas de especialista, asegurando la continuidad de atención.

³⁷ Mediante préstamo *Adaptable Program Loan* (APL) III para el Sector Salud en Bolivia.

³⁸ La Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Ley No. 31 de 19 de julio de 2010, Artículo 81.

³⁹ Op. Cit.

- 1.12 **Estrategia de país con Bolivia 2011-2015 (GN-2631-1).** El Plan de Gobierno 2010-2015 establece como prioridad la creación de un sistema de salud que elimine la exclusión social, con una orientación familiar-comunitaria intercultural, que integre la medicina tradicional y promueva la equidad de género. Para el período 2011-2015, la participación del Banco en el sector tendrá como objetivo apoyar en mejorar la calidad y cobertura de la oferta de servicios de salud para poblaciones pobres e indígenas enfocando el fortalecimiento de la gestión y la organización del sistema de salud, incluyendo la estructuración de redes, formación y gestión de los recursos, y de calidad y efectividad en la provisión de servicios; desarrollo de programas de estímulo de la demanda de servicios; apoyo a la oferta de servicios mediante la inversión en infraestructura y equipamiento de salud; y la integración de los sistemas de información y monitoreo en el sector para que correspondan a las nuevas normativas del modelo “Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural” (SAFCI).
- 1.13 La operación propuesta contribuirá directamente a la mejora del capital humano, en línea con las metas de salud y seguridad social del pilar “Bolivia DIGNA”, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, que pone énfasis particular en acciones de política pública en materia de salud y en línea con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivos 4 y 5). La operación propuesta también se encuadra dentro de la política social para favorecer la igualdad y la productividad, promovida por el mandato del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764). Asimismo, el proyecto contribuirá a la estrategia del Departamento Social del BID, particularmente en lo que corresponde a apoyar en enfrentar la doble carga de enfermedades como resultado de la transición epidemiológica. Los resultados esperados de la presente operación van a sostener las metas de desarrollo regional de reducción de la mortalidad materna e infantil, y a contribuir al indicador de personas (todas e indígenas) que se benefician de servicios de salud de calidad. Finalmente, la operación sostendrá el empeño institucional de apoyo a los países de menor desarrollo relativo.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.14 El objetivo del programa es mejorar la eficiencia de producción de servicios y la capacidad resolutive de las redes de salud en El Alto y Potosí para atender las necesidades de atención al nivel departamental. De esta manera, se podrán resolver casos de atención pospuestos o desalentados, particularmente para mujeres, niños, y personas que pertenecen a grupos indígenas. Dado el perfil epidemiológico de Bolivia, el proyecto tendrá impacto en la reducción de la mortalidad, especialmente la materna-infantil. La construcción y equipamiento de servicios hospitalarios de especialidad complementa y completa el funcionamiento de las redes de atención de salud en Potosí y El Alto.
- 1.15 El programa tendrá los siguientes componentes:
- 1.16 **Componente I: Mejoramiento de la capacidad resolutive en El Alto (US\$9,53 millones).** Este componente financiará: i) la compra e instalación de

equipos médicos e industriales y mobiliario para el Hospital El Alto Norte ([Lista de equipos](#)); ii) actividades para fortalecer la red municipal de salud de El Alto, incluyendo el sistema de referencia y retorno, promoción y prevención; y iii) mejoramiento de la capacidad de gestión hospitalaria y de la red, con especial atención a la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión hospitalaria.

- 1.17 **El Hospital El Alto Norte.** El hospital tendrá un total de 213 camas de internación, servicios ambulatorios especializados y urgencia. El proyecto financiará la adquisición del equipamiento médico e industrial y mobiliario para poner en funcionamiento al hospital, el cual contará con las siguientes áreas⁴⁰: odontología, pediatría, neonatología, ginecología obstetricia, medicina interna, cardiología, neumología, nefrología, gastroenterología, endocrinología, nutrición, reumatología, hematología, neurología, cirugía general, neurocirugía, otorrinolaringología, traumatología, oftalmología, urología, psiquiatría, psicología, kinesiólogía, dermatología, oncología clínica. Los consultorios estarán equipados para satisfacer las necesidades de las diferentes especialidades, como instrumental oftalmológico, ecógrafo obstétrico, radiología y equipo odontológico. Para apoyo diagnóstico y terapéutico el establecimiento contará con laboratorio equipado, equipos para imágenes y hemodiálisis. La internación contará con pediatría y ginecología, y cirugía, traumatología, neurocirugía, neurología y otras especialidades y sub-especialidades médicas. Se estima el número total de recursos humanos que se requiere para el hospital en 579, de los cuales 396 son profesionales médicos y enfermeras, y 183 son de administración y apoyo. El costo anual estimado para este rubro asciende a US\$4,12 millones.
- 1.18 **Fortalecer la gestión de la red Los Andes.** Se financiará actividades para la puesta en marcha del hospital El Alto Norte, para asegurar su funcionamiento dentro de la red Los Andes con especial énfasis en el nuevo modelo de gestión arriba descrita. Se financiará la elaboración de manuales, procedimientos y procesos, capacitación del personal en su aplicación para las áreas de emergencia con *triage*, consulta externa y hospitalización. También se capacitará al personal en temas de salud intercultural y buen trato, en cumplimiento con las normas nacionales en esta materia. Se capacitará al personal del hospital para poder ofrecer servicios de consejería en planificación familiar, espaciamiento de embarazos con enfoque de género e intercultural para los casos de emergencia obstétrica que terminan en tercer nivel⁴¹. Finalmente, se capacitará al personal en cómo atender, en términos médicos, psicológicos y forenses, a las personas víctimas de la violencia doméstica, según la norma local.
- 1.19 **Gestión de la Red, Sistema de Referencia y Retorno en la Red Los Andes.** Se financiará: i) el desarrollo de sistemas y capacitaciones en la aplicación de protocolos para la referencia y retorno; y ii) elaboración y capacitación en nuevos protocolos y procedimientos para referencia para diagnóstico ambulatorio.

⁴⁰ Para la lista completa de las áreas incluidas en el Hospital, véase [Programa Médico Arquitectónico](#).

⁴¹ Las capacitaciones se basarán en las 18 prácticas establecidas por el MSD para asistencia obstétrica y neonatal, la Guía de Atención Intercultural de la Salud Materna, el manual de manejo de la violencia sexual en servicios de salud y el Manual de Norma, Reglas, Protocolos y Procedimientos de Anticoncepción y Lineamientos Estratégicos 2012 – 2015 para Género en Salud.

- 1.20 **Componente II: Complementación de la Red Departamental de Potosí con un Hospital de Tercer Nivel (US\$21,43 millones).** Se financiará la construcción y equipamiento de un nuevo hospital de 298 camas con especialidades en la ciudad de Potosí, para complementar la capacidad resolutive de la Red Departamental. Se incluirá actividades relacionadas con la gestión hospitalaria, enfatizando la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión.
- 1.21 El Hospital ofrecerá las siguientes especialidades y servicios: medicina interna, cardiología, neumología, gastroenterología, neurología, endocrinología, nutrición, diabetes, nefrología, inmunología, reumatología, hematología, dermatología, geriatría, oncología, cirugía general, cirugía abdominal, cirugía torácica, cirugía vascular, proctología, traumatología, neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía plástica, quemología, cirugía máxilo-facial, odontología, obstetricia y ginecología, pediatría, neonatología, cirugía pediátrica, traumatología y ortopedia infantil, salud mental incluyendo psiquiatría y psicología, medicina física y rehabilitación, incluyendo fisioterapia, kinesiología, medicina tradicional y otras de acuerdo con las necesidades. También se incluirá un área de urgencias con *triage* y consultorios para diagnóstico y atención especializada ambulatoria para las especialidades mencionadas. Para tales efectos, el programa financiará los equipos médicos e industriales para permitir funcionar cada una de estas áreas ([Lista de equipos](#)). Para el pleno funcionamiento del hospital, se estima el requerimiento de 604 recursos humanos; 454 son profesionales médicos y de enfermería, y 150 son de las áreas de administración, servicios y apoyo. El costo anual de este rubro asciende a US\$4,6 millones (ver [Informe Propuesta Recursos Humanos](#)).
- 1.22 **Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.** Se financiará la elaboración del modelo de gestión del hospital, capacitación en gestión y administración hospitalaria, sistemas y protocolos para atención ambulatoria, de urgencias, y de internación, preparación de manuales y procedimientos para el funcionamiento del nuevo hospital, referencia y retorno de las pacientes, y un sistema de monitoreo y control de su implementación. Se financiará la aplicación de métodos de mejora continua de calidad en (como mínimo) las áreas de consulta externa, urgencias, quirófanos y terapias intensivas.
- 1.23 Para las emergencias obstétricas atendidas en el hospital, se ofrecerán servicios de consejería en espaciamiento de embarazos mediante planificación familiar con enfoque intercultural y de género. Finalmente, se financiará un programa de capacitación a los trabajadores del hospital en atención de calidad y buen trato, con enfoque de género e intercultural.
- 1.24 **Componente III: Administración y Monitoreo (US\$3,16 millones).** Se financiará la creación de una Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP), que tendrá autonomía administrativa, financiera, técnica y legal. Entre otros, se encargará de contratar y supervisar a la firma gestora del proyecto y la compra de equipo para el Hospital El Alto Norte. La UEP tendrá la responsabilidad para la gestión, monitoreo, y evaluación del programa.

- 1.25 Para la conformación de la UEP, se financiará los siguientes puestos: un coordinador de proyecto, un administrador, un especialista financiero, un especialista en adquisiciones, dos técnicos especialistas, un especialista en monitoreo y un asesor legal. Se financiarán los costos asociados con la contratación de la firma gestora del programa y los costos de auditoría.

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.26 Se contempla el reporte de indicadores de manera semestral, y su supervisión a través de los acuerdos de gestión con los departamentos involucrados.

Cuadro I.1 Resumen de la Matriz de Resultados (Impactos y Resultados) (Ver [Matriz de Resultados](#))

Incremento en acceso/uso de servicios de Hospitales El Alto y Potosí
a. Egresos y consultas en el hospital, por sexo
Cumplimiento con estándar nacional de eficiencia de producción de servicios (egresos)
b. Porcentaje de ocupación y promedio de días de estadía
c. Fortalecimiento de redes de atención de salud: referencia y retorno
d. Porcentaje de pacientes referidos atendidos en el hospital y reducción de la sobrecarga del servicio de maternidad en otros hospitales
Reducir la atención desalentada y pospuesta
e. Egresos por diarrea y neumonía en niños < cinco años
f. Partos en servicio

- 1.27 Según el análisis de costo beneficio a diez años de la construcción del hospital se duplica la capacidad de días cama, se atienden 22.118 pacientes por año (4,18 días de estada), 2,4 veces más partos (5.681), 3,8 veces más consultas de especialidad y 4,5 veces más atenciones de urgencia. A una tasa de descuento del 5,7% el valor actual del proyecto es de US\$28,1 millones y una tasa interna de retorno de 15,4 produciendo beneficios sociales positivos. Para más información ver link Costo-Beneficio.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión específica, cuyo costo total asciende a US\$49,2 millones, de los cuales US\$35 millones serán financiados por el Banco de la siguiente manera: US\$28 millones serán financiados con recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario y US\$7 millones con recursos del Fondo de Operaciones Especiales (FOE). La contraparte local será de hasta el equivalente a US\$14,2 millones y será destinada a la operación del programa durante su ejecución. El presupuesto consolidado por componente se indica a continuación. El período de ejecución está estimado en cinco años y el de desembolso en cinco años y medio (ver [Presupuesto detallado](#)).

Cuadro II-1 - Costos del Proyecto				
Componente	BID	Contrapartida	Total	%
<u>Componente I</u> Equipamiento y Puesta en Marcha El Alto	9.531.250	11.000.000	20.531.250	42
<u>Componente II</u> Construcción, Equipamiento y Puesta en Marcha Potosí	21.431.050	3.200.000	24.631.050	50
<u>Componente III</u> Gerencia, Monitoreo y Evaluación	3.160.498	0	3.160.498	6
Imprevistos	877.202	0	877.202	2
TOTAL	35.000.000	14.200.000	49.200.000	100

Cuadro II-2 - Desembolsos						
DESEMBOLSOS ANUALES	1	2	3	4	5	TOTAL
BID	9%	18%	18%	28%	28%	100%
Contrapartida	0%	12%	15%	33%	40%	100%

- 2.2 Se estima el costo operativo anual para el Hospital de El Alto Norte en US\$5,9 millones y el de Potosí en US\$8,4 millones, una vez estén operando a capacidad plena. Dicho gasto incluye salarios, mantenimiento e insumos. Para la contrapartida local de la operación se toma en cuenta que los hospitales incrementarán su capacidad funcional de forma gradual, arrancando con un 20% en su primer año de ejecución, y alcanzando un 85% de su capacidad en el quinto año de funcionamiento. Por lo tanto, para El Alto, se calcula una contrapartida total de US\$11 millones⁴², y para Potosí US\$4,8 millones⁴³ para el gasto operativo de los respectivos hospitales. El Gobierno Departamental de Potosí también co-financiará las inversiones en hasta US\$1,2 millones. El prestatario, a través del organismo ejecutor, se compromete a presentar como evidencia del cumplimiento de la contrapartida local la asignación de recursos para cubrir los gastos operativos de los hospitales en el presupuesto general del Estado y de la Gobernación de La Paz a partir del año 2014, y del Estado y de la Gobernación de Potosí a partir de 2017.

B. Riesgos ambientales y sociales

- 2.3 De acuerdo con la Política de Salvaguardias Ambientales (OP-703), esta operación se clasifica como Categoría “B”, considerando que los posibles impactos negativos y riesgos socio-ambientales son localizados y de corto plazo, y que las medidas de mitigación son conocidas y de fácil aplicación. Los riesgos socio-ambientales más relevantes identificados para esta operación están relacionados con la etapa de operación de los hospitales de El Alto y Potosí. Los más significativos son: mayor demanda de energía y agua potable, calidad de agua potable, descargas de efluentes hospitalarios y comunes, generación de residuos sólidos domésticos y peligrosos hospitalarios (punzocortantes, bio-infecciosos, farmacéuticos y químicos) y emisiones de gases de efecto invernadero por operación de sistemas de calefacción y generadores de electricidad.
- 2.4 Se ha presentado el respectivo Análisis Ambiental (AA), cuyos resultados se encuentran en el Informe de Gestión Ambiental y Social ([IGAS](#)). El Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) incluirá las medidas y procedimientos específicos de mitigación y control de los potenciales riesgos e impactos negativos socio-ambientales que se deberán tomar en consideración tanto en la etapa de construcción como de operación de los hospitales. El contrato de préstamo incluirá los requerimientos destacados en la sección VI del IGAS.

⁴² Para 43 meses de operación

⁴³ Para 7 meses de operación

Finalmente, la operación no contempla ni anticipa que sea requerido el reasentamiento de personas para la construcción del nuevo hospital en Potosí.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.5 **Adquisición de obras, bienes y servicios.** Las adquisiciones y contrataciones del proyecto se realizarán de conformidad con las “Políticas para Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID” (GN-2349-9) y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID” (GN-2350-9), respectivamente, ambas de marzo de 2011. Por su capacidad fiduciaria, las adquisiciones se revisarán bajo modalidad “ex post” hasta el 30% del umbral para Licitaciones Públicas Internacionales (LPI) y según el Plan de Adquisiciones y sus actualizaciones.
- 2.6 **Desembolsos.** El préstamo se desembolsará con anticipos de fondos, sin obviar cualquier otro mecanismo que el Banco utilice para efectuar pagos o reembolsos de gastos; la frecuencia de los anticipos se determinará en función de la programación financiera del proyecto, a ser periódicamente actualizada por el MSD. El Banco podrá efectuar un nuevo anticipo cuando se haya justificado al menos el 80% del total de los fondos desembolsados en concepto de anticipo.
- 2.7 **Supervisión fiduciaria.** La supervisión financiera se realizará de manera ex post para la UEP. La supervisión contempla realizar al menos las siguientes acciones: i) una visita in situ a los lugares de inversión del financiamiento; y ii) una visita de verificación de cumplimiento de acuerdos a las recomendaciones de control interno efectuado por la auditoría externa del programa. En materia de adquisiciones, las visitas de revisión ex post tendrán lugar por lo menos una vez al año, según el avance de las adjudicaciones y contrataciones.
- 2.8 **Auditorías.** Durante la ejecución, el MSD presentará anualmente los estados financieros auditados del proyecto, los cuales serán debidamente dictaminados por una firma de auditoría independiente aceptable para el Banco. El MSD seleccionará y contratará la firma de auditoría externa y será responsable de presentar dichos informes dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico. El último informe de auditoría será presentado dentro de los 120 días siguientes a la fecha de último desembolso del financiamiento.

D. Otros Riesgos

- 2.9 Se han identificado riesgos respecto al funcionamiento de los hospitales por no contar con todos recursos humanos especializados, debido a limitaciones administrativo contables y escasa disponibilidad de profesionales formados en las especialidades requeridas. Para atender este riesgo, el MSD se compromete a crear los ítems necesarios en el presupuesto, y a incluir en el currículo de formación en Bolivia algunas de las nuevas especialidades que serán ofrecidas en los hospitales en El Alto y Potosí. En paralelo, los gobiernos departamentales se comprometen a financiar la formación en el extranjero de las especialidades que

no se pueden formar al nivel nacional. Asimismo, los hospitales arrancarán su funcionamiento por fases, por lo que no se requieren todos los especialistas al inicio de su operación. Otro riesgo importante identificado es el de no contar con los recursos financieros adecuados para garantizar los costos operativos de los hospitales, una vez funcionando. Ambos hospitales representan un incremento de 2,4% del gasto público nacional total en salud, el cual ha crecido 57% entre 2006 y 2010. Para mitigar este riesgo, se está asignando recursos de contrapartida para el proyecto, los cuales serán financiados por el gobierno central y los departamentales, según corresponda. Será condición especial del programa, evidencia de la asignación incremental y anual en el presupuesto general del Estado de recursos para cubrir, de acuerdo con el Plan de Puesta en Marcha, los gastos relacionados con salarios y beneficios, insumos, mantenimiento y demás gastos operativos del Hospital de El Alto, una vez éste inicie sus operaciones. El Banco está apoyando al gobierno con asistencia técnica y diálogo respecto al impacto fiscal diferencial en los departamentos, así como los demás temas relacionados con la sostenibilidad operativa de los hospitales.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 El MSD será el Organismo Ejecutor e implementará las actividades del programa por intermedio de una UEP creada para el efecto con independencia técnica-operativa, administrativa-fiduciaria y legal. Se encargará de lanzar y procesar la licitación para la adquisición de los equipos médicos e industriales para el Hospital El Alto Norte y también el proceso de convocatoria y selección de un Ente Gestor (EG) para la construcción y equipamiento del Hospital de Potosí. En ambos casos, contará con asistencia técnica de consultores, quienes apoyarán la preparación de los expedientes técnicos, los pliegos para la licitación, la respuesta a consultas durante el proceso licitatorio y durante la evaluación de ofertas. La UEP se encargará de viabilizar todas las contrataciones previstas en el programa. El EG, contratado por la UEP para la construcción y equipamiento del Hospital en Potosí, tendrá a su cargo las tareas de diseño final, preparación de pliegos licitatorios y supervisión de los contratos de equipamiento y construcciones hospitalarias. La UEP solicitará el visto bueno del diseño final del hospital a ser construido a la Gobernación de Potosí. Será condición al primer desembolso de los recursos del Componente 2 del programa que se haya seleccionado el Ente Gestor (EG) de conformidad con los términos de referencia aprobados previamente por el Banco.
- 3.2 Las funciones técnicas-operativas de la UEP incluirán: i) ser el enlace entre el MSD y el Banco para todo lo relacionado con la ejecución del proyecto, incluyendo: a) preparar, ejecutar y reportar sobre los planes operativos anuales (POA), con asesoría y acompañamiento de la firma consultora; b) planificar y realizar procesos de licitación de obras y equipamientos y consultorías, incluyendo emisión de la resolución de adjudicación y la suscripción de contratos (con el apoyo del EG en los casos que correspondan); c) asegurar el cumplimiento de las cláusulas contractuales y el ajuste de los procesos a los procedimientos del Banco; d) solicitar y autorizar pagos relacionados a la operación; e) presentar al

Banco las solicitudes de desembolso y los estados financieros auditados; y f) contratar la firma auditora; ii) adjudicar, firmar y supervisar el contrato del EG para el equipamiento y construcción del hospital en Potosí; iii) aprobar los pagos conforme a los avances de obra; iv) aprobar las eventuales modificaciones de contrato de obra a propuesta del EG; v) concordar con el MSD y el EG un plan de transferencia de conocimiento técnico y de gestión a las unidades correspondientes del MSD; vi) viabilizar la participación consensuada de la Gobernación de Potosí en la supervisión de la obra y el equipamiento; y vii) contratar a una consultoría para realizar la evaluación final.

- 3.3 En materia financiera la UEP deberá: i) solicitar a la Dirección General de Asuntos Administrativos (DGAA) del MSD realizar los trámites para la inscripción del préstamo, e inscribir anualmente el presupuesto a ejecutar; solicitar ante el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) abrir cuentas bancarias exclusivas del programa; ii) mantener los registros contables; iii) realizar pagos a proveedores y contratistas; y iv) preparar conciliaciones bancarias e informes financieros del programa. La UEP comunicará al Despacho del Ministro, por lo menos: i) el lanzamiento de las licitaciones públicas internacionales; ii) la adjudicación de los contratos correspondientes; y iii) la firma de estos contratos.

- 3.4 **Composición de la Unidad.** La unidad estará integrada por un coordinador y dos funcionarios cuyos perfiles técnicos deberán cubrir las especialidades de infraestructura, equipamiento médico e industrial y de gestión en salud. Adicionalmente, contará con especialistas en adquisiciones, monitoreo y financiero, un abogado y un apoyo administrativo⁴⁴. Una vez entre en vigencia el contrato de préstamo y cumplidas las condiciones generales previas al primer desembolso previstas en las normas generales del contrato de préstamo respectivo, el Banco podrá desembolsar hasta US\$100.000 con cargo al financiamiento para apoyar al ejecutor a contratar el equipo necesario de la UEP. Todo lo anterior estará detallado en el Reglamento Operativo del Proyecto (ROP). **Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso: i) la creación de la Unidad Ejecutora del Programa con capacidad administrativa, legal y financiera (incluyendo la instalación del sistema administrativo-financiero del Estado) para llevar a cabo las actividades del programa, y el nombramiento del personal clave de acuerdo con términos de referencia acordados con el Banco⁴⁵, ⁴⁶; y ii) la aprobación del ROP por parte del ejecutor, en los términos aprobados previamente por el Banco, incluyendo los elementos estipulados en el IGAS.**

- 3.5 **Funciones del EG.** Las funciones del EG con respecto a la construcción del hospital incluirán: i) preparar el diseño final para el hospital de tercer nivel en Potosí con base en los diseños técnico médicos previamente acordados con el Banco (incluyendo la elaboración de especificaciones técnicas); ii) preparar los

⁴⁴ Cabe señalar que algunos de los puestos podrán ser a tiempo parcial, de acuerdo con las necesidades.

⁴⁵ Coordinador técnico; Jefe administrativo-financiero; Especialista en infraestructura o equipamiento médico.

⁴⁶ El establecimiento inicial de la UEP será financiado con recursos no reembolsables de cooperación técnica.

términos de referencia y las bases de licitación para la construcción; iii) apoyar la gestión fiduciaria, planificación y ejecución de los procesos de licitación de la obra civil; iv) la evaluación y recomendación técnica para la adjudicación de la obra; v) supervisar directamente la construcción de la obra hasta su término, incluyendo los aspectos de ingeniería y técnico-sanitarios y dar su opinión técnica respecto a las posibles modificaciones del contrato; y vi) recomendar la recepción final de la obra. Para el caso del equipamiento médico e industrial y el mobiliario el EG: i) preparará las especificaciones técnicas en coordinación con el SEDES Potosí y la publicación para recibir de expresiones de interés; ii) preparará las bases de licitación para la adquisición de los equipos; iii) apoyará la gestión fiduciaria, planificación y ejecución de los procesos de licitación; iv) evaluará las ofertas y recomendará la adjudicación de las adquisiciones; y v) coordinará la recepción, entrega e instalación del equipamiento conforme avance la obra.

- 3.6 **Adquisición de obras, bienes y servicios.** Las adquisiciones y contrataciones del proyecto se realizarán de conformidad con las “Políticas para Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID” (GN-2349-9) y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID” (GN-2350-9), respectivamente, ambas de marzo de 2011. Dada la capacidad fiduciaria actual del MSD, las adquisiciones se revisarán bajo modalidad “ex post” hasta el 30% del umbral para LPI y según el Plan de Adquisiciones y sus actualizaciones. Conforme avance la conformación y funcionamiento de la UEP, dicho umbral podrá ser revisado.
- 3.7 **Financiamiento retroactivo de gastos.** Para avanzar con la puesta en funcionamiento del Hospital El Alto Norte, el Banco podrá financiar retroactivamente, con cargo a los recursos del préstamo, los gastos relacionados con la adquisición del equipamiento médico e industrial para dicho hospital, hasta por un monto equivalente a US\$3 millones (27,3% del costo total). Solo se reconocerán aquellos gastos efectuados durante los 18 meses anteriores a la fecha de aprobación del préstamo, pero posteriores a la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto (24 de mayo de 2012). Para que dichos gastos sean elegibles, los procesos de adquisición tendrán que ser sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Estos procedimientos son consistentes con las disposiciones de la política que regula los gastos retroactivos (OP-504).

B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.8 La UEP tendrá la responsabilidad de monitorear la ejecución del proyecto y de reportar el avance en los indicadores de la matriz de resultado. La UEP recibirá de manera periódica los datos de avance de obra y de los procesos de adquisición de equipos médicos del EG y de los SEDES Potosí y La Paz y los datos de producción hospitalaria registrada por municipio y departamento. Además, la UEP tendrá responsabilidad directa de la ejecución, y de generar los reportes de monitoreo y seguimiento de las actividades relacionadas con capacitación del personal y puesta en marcha de los hospitales. Los datos de monitoreo de estas actividades saldrán de los sistemas propios de la UEP.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	(i) Préstamos a países pequeños y vulnerables, y (ii) Préstamos para reducción de la pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	Tasa de mortalidad infantil.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Personas (todas, indígenas, afrodescendientes) que reciben plan básico de servicios de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2631-3	Disminución de la mortalidad materno-infantil.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2661-4	La intervención está incluida en el Documento de Programación de País 2012.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	8.7		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	8.8	25%	10
4. Análisis económico ex ante	10.0	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	6.0	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	10.0	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*		Medio	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B	
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Sí	SIGMA y Sicoes (Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado).	
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	Se mejorará la calidad de las atenciones mediante la capacitación de proveedores de servicios de salud para ser sensibles a la diversidad cultural y de género. Además, se les capacitará para dar atención especial a víctimas de violencia doméstica.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	Asistencia Técnica mediante BO-T1164 para ayudar con contenidos para licitaciones y apoyo en su realización; también se contratará a personas para la UEP para cumplir condiciones previas al primer desembolsos, y apoyo en cumplir salvaguardias ambientales.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.			

El programa financia el equipamiento de un hospital de tercer nivel y fortalecimiento de la red de salud en El Alto, además de la construcción y equipamiento de un hospital de tercer nivel en Potosí. El objetivo es mejorar la producción de servicios y la capacidad resolutoria de las redes de salud en estas ciudades y atender la demanda a nivel departamental, con impactos esperados en reducción de mortalidad, particularmente materno-infantil.

El diagnóstico es adecuado. La tasa de mortalidad infantil es la segunda más alta en la región. Las principales causas identificadas se atribuyen a la desigualdad en el acceso junto con una limitada capacidad de predicción y prevención de complicaciones en el parto. Se proporciona evidencia empírica de estos factores. Las intervenciones están dirigidas a mitigar estos problemas. La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones es débil pero apoya la justificación de las intervenciones. Los beneficiarios se definen como la población en las áreas de intervención. La matriz de resultados presenta una lógica vertical clara. Los indicadores de impacto, resultado y producto son SMART, cuentan con una línea de base y tienen una meta. el programa cuenta con un análisis costo-beneficio ex ante. Para el monitoreo y la evaluación, los datos se recolectarán a través del Ministerio de Salud y Deportes, estadísticas de los hospitales y el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, para la evaluación del programa se consiera un análisis costo-beneficio ex post.

Los mayores riesgos se relacionan con la gestión, la sostenibilidad técnica y financiera y asuntos fiduciarios. Se proponen medidas específicas de mitigación que incluyen supervisión, planes de acción concretos y contrataciones para respaldarlas.

Matriz de Resultados

Objetivo del Proyecto	Mejorar la eficiencia de producción de servicios y la capacidad resolutive de las redes de salud en El Alto y Potosí para atender las necesidades de atención a nivel departamental. De esta manera, se podrá resolver casos de atención pospuesta o desalentada. El resultado será la reducción de la morbilidad y mortalidad especialmente la materno-infantil, dado el perfil epidemiológico de Bolivia. La construcción y equipamiento de servicios hospitalarios de especialidad complementa y completa el funcionamiento de las redes de atención en salud en Potosí y El Alto.
------------------------------	---

Indicadores de Impacto	Línea de Base <i>Departamento Potosí y La Paz</i>	Meta <i>Departamento Potosí y La Paz</i>
Mortalidad Infantil por 1.000 NV Departamento de la Paz (fuente MSD)	2011: 14.9 ¹	2017: - 20%
Mortalidad Infantil por 1.000 NV Departamento Potosí (fuente MSD)	2011: 21.2 ²	2017:-20%
Mortalidad Neonatal temprana por 1.000 NV en Departamento de La Paz (fuente MSD)	2011: 7.5 ³	2017: -25%
Mortalidad Neonatal temprana por 1.000 NV en Departamento de Potosí (fuente MSD)	2011: 12.2 ⁴	2017:-25%

Indicadores de Resultado final	Línea de Base 2011	2013	2014	2015	2016	Meta 2017
Incremento en acceso/utilización de servicios en hospitalarios						
Egresos hospitalarios, por sexo en el municipio de El Alto (Fuente: SNIS y registros administrativos de hospitales)	Masculino: 9.077 Femenino: 29.725	9.080 29.725	9.080 29.725	10.210 33.440	10.500 34.000	10.760 35.240
Egresos hospitalarios, por sexo en el municipio de Potosí y Betanzos (Fuente: SNIS y registros administrativos de hospitales)	Masculino: 6.202 Femenino: 12.144	6.200 12.145	6.200 12.145	6.200 12.145	6.200 12.145	6.760 13.240
	Masculino: 233.681	233.680	233.680	261.723	268.000	275.744

¹ Indicador en revisión

² Indicador en revisión

³ Idem

⁴ Idem

Indicadores de Resultado final	Línea de Base 2011	2013	2014	2015	2016	Meta 2017
Incremento en acceso/utilización de servicios en hospitalarios						
Consulta externa, por sexo en el municipio de El Alto (Fuente: SNIS y registros administrativos de hospitales)	Femenino: 316.813	316.810	316.810	354.831	364.000	373.839
Consulta externa por sexo en el municipio de Potosí y Betanzos (Fuente: SNIS y registros administrativos de hospitales)	Masculino: 79.039 Femenino: 109.159	79.040 109.160	79.040 109.160	79.040 109.160	72.000 113.000	86.153 118.983
Cumplimiento con estándar nacional de Eficiencia de producción de servicios (egresos)						
Egresos por cama Municipio del Alto (Fuente SNIS)	73	74	71	70	70	70
Egresos por cama Municipios de Potosí (Fuente SNIS)	56	56	58	60	62	70
Porcentaje de ocupación de camas del Gemelo Norte, El Alto (Fuente estadística del Hospital)	0	0	10	20	40	60
Porcentaje de ocupación de camas de nuevo Hospital, Potosí (Fuente estadística del Hospital)	0	0	0	0	5	10
Promedio de días de estadía del Gemelo Norte, El Alto(Fuente estadística del Hospital)	0	0	0	0	3,5	6
Promedio de días de estadía del Hospital Bracamonte, Potosí (Fuente estadística del Hospital)	3,6	3,6	4	4,5	6	6
Fortalecimiento de redes de atención de salud: implementación de norma de referencia y retorno						
Porcentaje de pacientes referidos atendidos en el hospital Gemelo Norte	0	0	10	20	20	30

Indicadores de Resultado final	Línea de Base 2011	2013	2014	2015	2016	Meta 2017
Incremento en acceso/utilización de servicios en hospitalarios						
(Fuente: MSD SNIS- Estadísticas Producción de Servicios)						
Reducción de la sobrecarga en otros hospitales del municipio del Alto (maternidad)						
Porcentaje de ocupación del Hospital Los Andes	94,5	95	90	90	85	85
Porcentaje de ocupación Hospital Boliviano-Holandés	97,6	97	97	97	95	90
(Fuente: MSD SNIS- Estadísticas Producción de Servicios)						
Reducir la atención desalentada y pospuesta						
Egresos por diarrea niños < 5 años en municipio de El Alto (por mil egresos, Fuente MSD)	5,30 por 1000	5 por 1000	5 por 1000	4 por 1000	4 por 1000	3 por 1000
Egresos por diarrea niños < 5 años en el municipio de Potosí (por mil egresos, Fuente MSD)	14,73 por 1000	15 por 1000	14 por 1000	12 por 1000	10 por 1000	9 por 1000
Egresos por Neumonía niños < de 5 años en el municipio de El Alto (número, fuente: MSD)	5,21 por 1000	5 por 1000	5 por 1000	4 por 1000	4 por 1000	3 por 1000
Egresos por Neumonía niños < de 5 años en el municipio de Potosí (número, fuente: MSD)	10,67 por 1000	10 por 1000	9 por 1000	8 por 1000	7 por 1000	5 por 1000
Indicadores de Resultado intermedio**	Línea de Base 2011	2013	2014	2015	2016	Meta 2017
Partos en servicio municipio de el Alto (fuente SNIS, MSD) ***	15.229	15.300	17.985	18.853	19.201	20.032
Partos en servicio municipios de Potosí y Betanzos (% , fuente MSD Metas de gestión departamental)	7.641	9.400	9.400	9.400	9.400	11.000
Referencias y retornos del Municipio de El Alto (Fuente: MSD SNIS- Estadísticas	12.666	A ser definido	A ser definido	A ser definido	A ser definido	A ser definido

Indicadores de Resultado final	Línea de Base 2011	2013	2014	2015	2016	Meta 2017
Incremento en acceso/utilización de servicios en hospitalarios						
Producción de Servicios)						
Referencias y retornos de los municipios de Potosí y Betanzos (Fuente: MSD SNIS- Estadísticas Producción de Servicios)	2.799	A ser definido	A ser definido	A ser definido	A ser definido	A ser definido

* Las metas de mortalidad infantil para el 2017 son las metas del Milenio acordadas por el país que por el grado de avance será muy difícil de cumplir. La tasa de mortalidad neonatal se estima a partir de encuesta por los grandes problemas que tiene la información del sistema de atención a la salud de los nacimientos y las muertes neonatales. Se espera que esta tasa de mortalidad infantil menor a 20 cuando se levante la siguiente ENDESA. No hay una meta de país acordada para la mortalidad neonatal.

** Los resultados de los años intermedios serán por reporte del SNIS del MSD.

*** Se supone un incremento por mejoras en la calidad de la información reportada por las redes.

Componente 1 El Alto	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Productos (fuente: Informes Unidad Ejecutora)								
(i) Hospital del Alto Norte equipado	0	0	0	1	1	1	1	Es una meta acumulada
(ii) Plan de referencia y retorno	0	0	1	1	1	1	1	Es una meta acumulada
(iii) Plan de puesta en marcha	0	0	1	1	1	1	1	Es una meta acumulada
Componente 2 Potosí	Línea de Base 2012	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
Productos (fuente: Informes Unidad Ejecutora)								
(i) Centro Hospitalario Potosí construido y equipado	0	0	0	0	0	1	1	
(ii) Plan de referencia y retorno	0	0	0	0	1	1	1	Es una meta acumulada
(iii) Plan de puesta en marcha	0	0	0	0	1	1	1	Es una meta acumulada
Componente 3 Administración y Gestión (fuente: Informes Unidad Ejecutora)	Línea de Base 2012	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta	Comentarios
(i) Contrato del Ente Gestor	0	0	1	1	1	1	1	Es una meta acumulada
(ii) Unidad Ejecutora constituida	0	1	1	1	1	1	1	Es una meta acumulada

Producto: Cumplimiento con estándar nacional de capacidad resolutive: calidad técnica y humana; efectividad del servicio (aplicación de protocolos y estándares de salud intercultural y de género)

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Estado Plurinacional de Bolivia

PROYECTO N°: BO-L1078 Programa de Mejoramiento al Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud y Deporte (MSD)

PREPARADO POR: Roberto Laguado (PRM) y Zoraida Argüello (FM)

I. Resumen ejecutivo

- 1.1. El análisis de capacidad institucional efectuado al Ministerio de Salud y Deporte (MSD), fue realizado bajo la metodología del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI), y sobre la base del conocimiento del Banco de la ejecución realizada por este Ministerio en otras operaciones financiadas por el Banco.
- 1.2. Se pudo concluir que el MSD requiere fortalecer las áreas financieras y de adquisiciones con personal capacitado y con la inclusión de ente gestor (EG) de proyecto que apoyará en las tareas complejas de adquisiciones. La operación implicará la contratación de obras hospitalarias complejas y equipamiento médico e industrial, para lo cual se contará igualmente con el apoyo del EG.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1. El Ministerio de Salud y Deporte (MSD), como entidad pública, se rige por la Ley No.1178 de Administración y Control Gubernamentales del 20 de julio de 1990 (SAFCO), que regula los sistemas de administración y de control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública.
- 2.2. Esta entidad utiliza, para todos sus registros financieros, el Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) que permite la disponibilidad de información sobre la ejecución presupuestaria, de forma segura y confiable. Sin embargo, éste sistema no proporciona información en otra moneda distinta a la local, ni de conformidad a las categorías de inversión establecidas en el cuadro de costo del proyecto, por lo que utilizará como auxiliar contable y de reportes el SIAP-BID¹ para la rendición de cuentas e informes financieros. Este sistema será utilizado por el ejecutor hasta tanto no se cuente con otro sistema integrado a la contabilidad gubernamental².
- 2.3. Como entidad del estado, el MSD como todas sus unidades desconcentradas, es supervisada por la Contraloría General del Estado (CGE), específicamente por la Unidad de Auditoría Interna.
- 2.4. La aplicación del Sistema de Normas Básicas de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la regulación local es aceptable para el Banco únicamente, para la utilización del sistema SICOES (www.sicoes.gob.bo) como mecanismo de publicidad de convocatorias y resultados de licitaciones nacionales y procesos simplificados en Bolivia.

¹ Sistema Integrado de Administración de Proyectos del BID

² El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) está trabajando en el desarrollo del módulo de contabilidad y reportes del SIGMA con apoyo del BID, a fin de proporcionar desde el SIGMA los reportes requeridos por los financiadores. Se estima que para el arranque de esta operación esta unidad pueda utilizar este sistema para efectos de rendición de cuentas y presentación de estados financieros del programa.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

- 3.1. Para facilitar una adecuada ejecución del proyecto, el MSD creará una Unidad Ejecutora de Proyecto (UEP) desconcentrada cuya responsabilidad es la ejecución del programa. La UEP contará con los sistemas nacionales para la administración fiduciaria y la conformación de un equipo de profesionales técnicos para la ejecución del programa, a fin de agilizar los procesos internos que existen en el MSD. Este equipo estará fortalecido con consultores externos para la preparación de especificaciones técnicas de bienes y obras que adquirirán con los recursos del financiamiento. Tendrá a su cargo la contratación y administración del contrato con el ente gestor de proyecto. El EG³ se encargará de realizar el diseño del Hospital en Potosí, así como realizar todos los procesos de licitación relacionados con la construcción y equipamiento del mismo. La UEP y el EG tendrán responsabilidad de transferir conocimiento técnico y gerencial a las áreas correspondientes del MSD.

Riesgos fiduciarios

- 3.2. **Coordinación.** Para optimizar el relacionamiento con la DGAA, DGAJ y otras áreas del MSD, se definirá en el Reglamento Operativo las funciones y responsabilidades autónomas y excluyentes (administrativas y legales) y el mecanismo de coordinación al que los involucrados se sujetarán en el marco del desarrollo del Programa.
- 3.3. **Adquisiciones públicas.** Se advierte una rotación frecuente de autoridades locales, afectando la transmisión y perpetuación de conocimientos en materia de adquisiciones. Por tanto se capacitará periódicamente al personal de adquisiciones y al personal jurídico de la UEP en la aplicación de políticas de adquisiciones del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). Debido a la complejidad de las obras a licitar y construir se contratará un ente gestor de apoyo que llevará a cabo funciones fiduciarias críticas, lo cual reducirá el nivel de riesgo en la ejecución de las adquisiciones.
- 3.4. **Trámites al interior del Organismo Ejecutor.** Para la ejecución del programa, se contempla la creación de una UEP la cual reportará directamente del Despacho del Ministro. La UEP tendrá facultad para realizar contrataciones y pagos de manera directa mitigando así las posibles demoras en la tramitación de las operaciones y transacciones fiduciarias.
- 3.5. **Gestión Financiera.** La UEP contará con acceso directo al SIGMA lo que permitirá reducir los riesgos de demoras en los procesos administrativos y financieros de la operación. Sobre la base del POA acordado entre el MSD y el Banco, la UEP realizará los trámites necesarios para el registro e inscripción de los recursos del financiamiento en el presupuesto general del Estado, garantizando una ejecución adecuada durante la vida del proyecto.

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

Condiciones previas especiales al primer desembolso.

- 4.1 **Reglamento Operativos del Programa (ROP).** Deberá incluir el esquema de ejecución y los flujos de información entre la UEP, Unidad Gestora y el MSD y cualquier otro involucrado, previamente acordado entre las partes y el Banco, así como la aplicación de procedimientos de adquisiciones.

Tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas. El tipo de cambio acordado por el ejecutor para la conversión de los gastos en moneda local a la moneda de operación será el tipo de cambio vigente en el país del Prestatario en la fecha efectiva del pago del gasto.

- 4.2 Estados financieros y otros informes auditados.** Los estados financieros auditados del Programa, debidamente dictaminados por una firma de auditoría independiente aceptable al Banco, serán presentados al BID dentro del plazo de ciento veinte (120) días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del Organismo Ejecutor y durante el plazo para desembolsos del Financiamiento. El último de estos informes será presentado dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del Financiamiento.
- 4.3 Contratación de una Firma Gestora de Proyecto.** El POD define las funciones que se asignarán a la firma Gestora de Proyecto, las cuales permitirán asegurar la ejecución fiduciaria y técnica del Proyecto. Las funciones específicas y el relacionamiento con instancias del Gobierno serán detalladas en el Reglamento Operativo del Proyecto.
- 4.4 Registros contables.** Será una condición previa para el primer desembolso que la UEP cuente con el SIGMA (próximamente SIGEP) instalado y en operación.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1 Ejecución de las Adquisiciones.** Las adquisiciones se realizarán en el marco de las Políticas GN-2349-9 y GN-2350-9, respecto de las cuales no se prevé la aplicación de ninguna excepción. No habrá aplicación de normativa local. Se utilizará el mecanismo de difusión electrónico SICOES.
- 5.2 Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el Programa y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco y los autorizados por la Representación del Banco en Bolivia. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha). Para las comparaciones de precios se utilizarán los documentos modelo elaborados por la Representación del Banco en Bolivia, los cuales harán parte del Reglamento Operativo. Modificaciones a estos documentos requerirán la No Objeción del Banco. Para la construcción del Hospital de Tercer Nivel (Componente II) se utilizará el documento de obras mayores FIDIC con las adaptaciones necesarias.
- 5.3 Selección y Contratación de Consultores.** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto están listados en el Plan de Adquisiciones Inicial y se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida por el Banco o acordada con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha).
- i. **La Selección de Firmas Consultoras:** Para el proyecto se hará utilizando la Solicitud Estándar de Propuesta (SEP) emitida por el Banco;
 - ii. **La Lista Corta de firmas consultoras** Esta lista podría estar integrada en su totalidad (100%) por firmas bolivianas⁴ para contratos con valor inferior a los montos límites establecidos por el Banco para el país. Para Bolivia dicho umbral es de US\$200.000;
 - iii. **La selección de los consultores individuales:** Se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos.

⁴ Participarán firmas extranjeras.

Para el caso de Bolivia, si el Organismo Ejecutor lo estima conveniente, podrá usar el SICOES como instrumento de difusión de convocatorias para selección de consultores individuales. Para la contratación masiva de consultores con calificaciones básicas el programa podrá apoyarse en Contratistas de Servicios (GN.2350-9 num. 3.21) cuya aplicación se describirá en el Reglamento Operativo.

5.4 Gastos Recurrentes. Son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el Programa durante su vida útil y cubren, entre otros, lo referente a: alquiler de las oficinas, gastos de servicios públicos y comunicación radial, escrita o televisada, traducciones, cargos bancarios, artículos básicos de oficina, gastos de propaganda o anuncios, fotocopias, correos, combustible, cursos cortos; los que serían financiados por el proyecto dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco y han sido incluidos en los Planes de Adquisiciones del Programa. Los gastos recurrentes se contratarán siguiendo los procedimientos administrativos del organismo ejecutor.

5.5 Contrataciones directas: Los gastos menores a US\$500 dólares, individualmente, y que en bloque no superen los US\$5.000 dólares podrán ser contratados directamente en aras de la eficiencia y celeridad en la ejecución. Deberán ser aprobadas por el Jefe de Equipo en el Plan de Adquisiciones. De requerirse, podrán contratarse personal especializado que brinde apoyo durante el cumplimiento de condiciones previas, según la especialidad de que se trate.

5.6 Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Obras			Bienes ⁵			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Cor ta 100% Nacional
Mayor a 3.000.000	Menor 3.000.000	Menor 250.000	Mayor 200.000	Menor 200.000	Menor a 50.000	Mayor 200.000	Menor 200.000

5.7 Adquisiciones Principales

1. OBRAS	Monto	Método
Construcción del Hospital en Potosí	12.000.000	LPI
2. BIENES Y SERVICIOS		
Adquisición de equipo y mobiliario médico	9.500.000	LPI
Adquisición de equipo instalado en obra para hospital de Potosí (tomógrafo y otros; equipo industrial)	2.500.000	LPI
Acquisition de equipo y mobiliario médico para hospital de Potosí (equipo liviano)	6.300.000	LPI
Computadoras y equipos para la Unidad desconcentrada	25.000	CP
3. CONSULTORIA FIRMAS		
Capacitación para la implementación del SAFCI Potosí	200.000	SBCC
Capacitación para la implementación del SAFCI La Paz	200.000	SBCC
Ente Gestor	2.480.000	SBCC
Auditoría	350.000	SBCC
Evaluación final	60.000	SBCC
4. CONSULTORES INDIVIDUALES		
Coordinador	122.000	3 CVs CCIN

⁵ Incluye servicios diferentes a la consultoría.

Esp. en adquisiciones	38.400	3 CVs CCIN
Esp. Financiero (administrador)	97.600	3 CVs CCIN
Esp. Legal	19.200	3 CVs CCIN
Esp. Técnico - arquitecto	9.600	3 CVs CCIN
Esp. Técnico-Ingeniero	19.200	3 CVs CCIN
Esp. Técnico-Ingeniero	38.400	3 CVs CCIN
Esp. Técnico-Ingeniero	9.600	3 CVs CCIN
Esp. En seguimiento y monitoreo	97.600	3 CVs CCIN
Asistente administrativo	73.200	3 CVs CCIN
Esp. Técnico - enfermera	57.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico - enfermera	57.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico - enfermera	20.800	3 CVs CCIN
Esp. Técnico - enfermera	20.800	3 CVs CCIN
Esp. Técnico-adm. de hospitales	21.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico-adm. de hospitales	21.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico-adm. de hospitales	8.000	3 CVs CCIN
Esp. Técnico-adm. de hospitales	8.000	3 CVs CCIN
Esp. Técnico- médico adm. de hosp	30.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico- médico adm. de hosp	30.000	3 CVs CCII
Esp. Técnico- médico adm. de hosp	16.000	3 CVs CCIN
Esp. Técnico- médico adm. de hosp	16.000	3 CVs CCIN

5.8 Supervisión de Adquisiciones. Por la capacidad fiduciaria del MSD, las adquisiciones se revisarán bajo modalidad “ex post” hasta el 30% del umbral para LPI y según el Plan de Adquisiciones, sus actualizaciones y de conformidad con la cuadrícula insertada a continuación:

Obras	Bienes	Servicios de Consultoría Firmas	Consultores Individuales
CP	CP		
Por debajo de \$900.000 se revisará ex post	Por debajo de \$60.000 se revisará ex post	Por debajo de \$60.000 se revisará ex post	Sin límite de monto, se revisarán ex post

5.9 Registro y Archivos. La UEP será responsable de establecer los documentos de soportes, procedimientos y controles necesarios para la ejecución del programa, así como el resguardo de los mismos, conforme a lo establecido en el contrato de préstamo y a las leyes locales.

Gestión Financiera

5.10 Programación y presupuesto. La UEP realizará la programación con base en la ejecución de actividades y obras programadas.

5.11 Contabilidad y Sistemas de Información. Se utilizará el SIGMA. Este sistema integra en un único registro en sus diferentes momentos contables; Registro Presupuestario (Ejecución del presupuesto), Registro Patrimonial (Afectan activos, pasivos, patrimonio y resultados) y Registro de tesorería (Transferencia de Efectivo). El método contable será sobre la base de devengado y utiliza las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC) y la Normas Gubernamentales en forma

paralela debido a que la ejecución deberá ser a través del sistema SIGMA regido por éstas últimas. Para los registros contables del financiamiento por el Banco será necesario el uso del Sistema de Administración de Proyecto (SIAP-BID), como auxiliar contable para la emisión de reportes, mientras tanto no exista otro sistema aprobado por el Banco para la rendición de cuentas en la moneda del financiamiento.

- 5.12 Desembolsos y flujo de caja.** Las modalidades de los desembolsos serán de “anticipos” principalmente, sin obviar cualquier otro mecanismo que el Banco utilice para efectuar pagos o reembolsos de gastos. Los desembolsos bajo la modalidad de anticipos se realizarán sobre la base de las necesidades de liquidez, sustentadas en una programación financiera para un periodo no mayor de seis meses. Para solicitar nuevos anticipos será necesario que sea justificado al menos el 80% del saldo acumulado de los anticipos anteriores. La revisión de los gastos efectuados con los recursos del anticipo de fondo se realizará de manera *ex post*.
- 5.13 Administración de los fondos del financiamiento.** Los recursos desembolsados al proyecto serán depositados en una cuenta especial en el Banco Central de Bolivia (BCB) y transferidos posteriormente en la moneda local en su cuenta respectiva siguiendo los procedimientos establecidos por el Viceministerio del Tesoro. El tipo de cambio para los desembolsos será el de compra vigente al día de la transferencia establecida por el BCB. La UEP es responsable de la administración de los recursos ante el MSD, sujeto al cumplimiento de los sistemas de control interno institucionales.
- 5.14 Control Interno y auditoría interna.** Independiente que la UE del proyecto sea desconcentrada tendrá como parte de las normas y leyes locales, la evaluación de la Dirección de Auditoría Interna que depende directamente de la MAE, misma que cuenta con recursos y el personal para efectuar los controles internos.
- 5.15 Control Externo e informes.** El proyecto tendrá una partida presupuestaria dentro del financiamiento para llevar a cabo la auditoría externa del proyecto (control externo).
- 5.16 Plan de supervisión financiera.** La supervisión financiera se realizará de manera *ex post* para la UEP. Entre los planes de supervisión se contempla al menos realizar las siguientes acciones: una visita in situ a los lugares de inversión del financiamiento, y una visita de verificación de cumplimiento de acuerdos a las recomendaciones de control interno efectuado por la auditoría externa del programa.
- 5.17 Mecanismo de ejecución.** El MSD será el organismo ejecutor e implementara las actividades del programa por intermedio de una UEP creada para el efecto, con independencia técnica y operativa, administrativa – financiera y legal. La misma que será fortalecida con personal necesario entre ellos en gestión contable-financiera y en adquisiciones, para que la UEP pueda asumir las responsabilidades fiduciarias adicionales de esta operación.
- 5.18** El MSD delegará la UEP la autorización de pagos relacionados a la operación; presentará las solicitudes de desembolso y los estados financieros auditados. La UEP con apoyo del MSD realizará las siguientes funciones: i) inscribir anualmente el presupuesto a ejecutar; ii) gestionar ante el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, abrir cuentas bancarias específicas del programa; iii) realizar los procesos de licitación; iv) realizar los pagos a proveedores y contratistas; v) preparar conciliaciones bancarias e informes financieros del Programa.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/12

Bolivia. Préstamo___/BL-BO al Estado Plurinacional de Bolivia
Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con el Estado Plurinacional de Bolivia, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de mejoramiento del acceso a servicios hospitalarios en Bolivia. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$28.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el _____ de 2012)

LEG/SGO/BO-37090680-12
BO-L1078

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/12

Bolivia. Préstamo ___/BL-BO al Estado Plurinacional de Bolivia
Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con el Estado Plurinacional de Bolivia, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de mejoramiento del acceso a servicios hospitalarios en Bolivia. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$7.000.000, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el _____ de 2012)

LEG/SGO/BO-37090608-12
BO-L1078