

PÚBLICO

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BOLIVIA

**MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS(AS) DE EL
ALTO, BOLIVIA**

(BO-T1083)

ABSTRACTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA

**Japan Special Fund Poverty Reduction Program (JPO)/
Community Based Program (CBP)
TCBrief BO-T1083**

I. DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO

País/Región: Bolivia/Sudamérica
Nombre del proyecto/Número: ***Mejoramiento del estado nutricional de niños(as) de El Alto, Bolivia/ BO-T1083***
Jefe de equipo/miembros: Jan Schollaert (SPH/CBO), Jefe; Mónica Rubio (SCL/SPH) y Claudia Pévere (SCL/SPH)

Beneficiario: 14 urbanizaciones en el Distrito Municipal 8 de El Alto, Bolivia:

- *Beneficiarios directos*: 1.294 niñas(os) de 0 a 2 años de edad y mujeres embarazadas.
- 250 niños por pasante, por 30 pasantes del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), son aproximadamente 7.500 niños adicionales.
- *Beneficiarios indirectos*: se beneficiarán los niños de 3 a 5 años (815 en El Alto 15.000 mediante los pasantes) y el resto de la población (El Alto, 7.641) mediante el mejoramiento de la alimentación familiar.

Organismo ejecutor: Consejo de Salud Rural Andino (CSRA)
Monto y fuentes de financiamiento: IDB (JPO): US\$ 150.000
Contraparte Local: US\$ 30,000 (16,7%)
Total: US\$ 180.000

Ejecución: 36 meses
Desembolso: 40 meses

II. ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Bolivia es un país con indicadores de pobreza mayores a los que se observa en promedio en América Latina. Dentro del país, El Alto, con aproximadamente 800,000 habitantes, es una de las ciudades más jóvenes y más pobres. El distrito Municipal 8, área donde se implementará el proyecto, se encuentra ubicado en el margen sudoeste de la ciudad. Su nivel de pobreza es similar al del área rural del Departamento de La Paz, donde más del 80% de la población es pobre¹. Son familias de muy escasos recursos económicos que se dedican (la mayoría de ellos) al comercio, transporte e industria informal y tienen un alto nivel de Insuficiencia en Educación². El Distrito 8 tiene una población aproximada de 38.063 habitantes³

¹ Bolivia: Mapa de Pobreza. Necesidades Básicas Insatisfechas. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE

² Ibid, Pag. 33

³ Fuente: Jorge Chumacero Lopez. 2003 (Consultor Gobierno Municipal El Alto)

la mayor parte de origen indígena. Cuenta con 5 centros de salud de primer nivel, donde trabajan 10 médicos y 12 auxiliares de enfermería, quienes están absorbidos en acciones asistenciales, lo que les imposibilita satisfacer a cabalidad la demanda de los servicios y menos aun realizar actividades en la comunidad.

- 2.2 En El Alto 30.3% de los niños menores de 2 años están 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media de referencia (talla/edad)⁴. La desnutrición generalmente se establece antes de que el niño cumpla 2 años y sus consecuencias son irreversibles, relacionadas especialmente con el retardo en el crecimiento y el desarrollo mental. A largo plazo afecta en el rendimiento escolar del niño e inclusive en su posterior desempeño laboral y familiar. En la experiencia del CSRA, las *causas* de la desnutrición en El Alto son múltiples e incluyen: desconocimiento de prácticas de alimentación complementaria y destete, alimentación inadecuadamente balanceada, enfermedades, poca ingesta de alimentos nativos o tradicionales localmente disponibles y de bajo costo, negligencia o ausencia de algunas prácticas de cuidado del niño como asistencia al niño durante su alimentación, escaso compromiso o experiencia del cuidador del niño(a), violencia contra la madre o al niño y en pocos casos, insuficiente existencia de alimentos en el hogar⁵. Por ello, las causas de la desnutrición varían de un hogar a otro y requieren respuestas dirigidas a cada caso. Finalmente, la gestión del programa también influye indirectamente en el estado nutricional de la población, como por ejemplo, programas con enfoque rehabilitador y no preventivo principalmente en el periodo del embarazo hasta los 2 años de edad del niño (*Ventana de Oportunidad*)⁶, programas carentes de un sistema de información monitoreo y evaluación que permita vigilar el proceso y determinar resultados a tiempo o programas excluyentes, es decir que no llegan a las poblaciones con mayores desventajas. En ese marco el problema que trata de afrontar este proyecto es la elevada prevalencia de niños desnutridos en El Alto, debido a la carencia *de un modelo de mejoramiento nutricional contextualizado a las características de El Alto*.
- 2.3 El CSRA es una organización que trabaja aplicando una estrategia muy efectiva denominada Metodología con Base Censal Orientada al Impacto (MBCOI) a través del cual enfoca sus acciones a familias marginadas con quienes trabaja para el mejoramiento de su salud. La MBCOI consiste básicamente en censos poblacionales, apertura de carpetas de salud en cada familia, visitas domiciliarias periódicas y rutinarias y un análisis participativo de la información generada con la comunidad, para toma de decisiones conjuntas. Con la MBCOI el CSRA ha logrado importantes resultados reduciendo la mortalidad infantil y materna además de mejoras en el estado nutricional de los niños.
- 2.4 La propuesta de este proyecto es combinar el interés del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), en su lucha contra la desnutrición con la experiencia del CSRA y otras iniciativas exitosas de países de Latinoamérica como la Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) de las que se implementarán sus principios y

⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia, 2003

⁵ “Identifying the best solutions for the community from experts within the community”, Dr. Ramiro Llanque Torrez, 2006

⁶ Repositioning Nutrition as Central to Development :A Strategy for Large-Scale Action, The World Bank, 2006.

algunos elementos, para desarrollar a partir de ello un modelo de mejoramiento nutricional efectivo, equitativo e intercultural, a la medida del contexto de El Alto, con plena participación de los actores sociales de la comunidad. Este proyecto esta acorde con los objetivos de desarrollo del milenio y las políticas y estrategias actuales de nutrición del MSD (Programa “Desnutrición 0”) así como con el área estratégica III del Banco (Estrategia de País con Bolivia 2004-2007) relacionada a *aumentar la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios básicos*.

III. OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

- 3.1 La **finalidad** del proyecto es desarrollar *un modelo de programa* para el mejoramiento de la nutrición de niños(as) menores de 2 años en el Distrito municipal 8 de El Alto. Como **propósito**, el modelo demostrará impacto en la disminución de la prevalencia de desnutrición de niños menores de 2 años, mediante la implementación exitosa del programa Nacional “Desnutrición 0” a través de la MBCOI, metodología que movilizará al personal de salud hacia la comunidad resultando en un contacto regular, sistemático y rutinario con madres. El proyecto se implementará de manera piloto en 14 urbanizaciones del Distrito 8, durante 3 años.
- 3.2 Los **componentes** del proyecto son: **I)** Fortalecimiento de la alimentación y nutrición de la población, en especial de niños menores de 2 años y mujeres embarazadas; **II)** Monitoreo periódico antropométrico de los niños menores de 5 años; **III)** Promoción de hábitos alimentarios saludables con enfoque intercultural; **IV)** Fortalecimiento de la capacidad institucional en la gestión nutricional; **V)** Incremento de la capacidad y participación comunitaria para prevenir y combatir la desnutrición y **VI)** Desarrollo de un centro demostrativo para el programa nutricional.
- 3.3 Las **principales actividades** por componentes son: **Para el componente (I):** (i) Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria; (ii) Distribución del alimento complementario, especialmente a niños de 6 a 24 meses y a mujeres embarazadas. (Provisto por el MSD como Chispitas nutricionales, Zinc, otros); (iii) Suplemento con hierro y vitamina A, a menores de 5 años. **Para el componente (II):** (i) Captación temprana de niños(as) recién nacidos o inmigrantes; (ii) Realización periódica de control de peso y talla a menores de 5 años (mensualmente en caso de menores de 2 años). **Para el componente (III):** Diseño e implementación de una estrategia de comunicación con enfoque intercultural y de género: individual para la visita domiciliaria, grupal y medios masivos (impresos, videos, cuñas radiales). La estrategia promoverá mensajes clave sobre: lactancia materna, alimentación complementaria, alimentos nativos, prácticas de cuidado del niño, importancia del peso y talla, higiene, estimulación, alimentación activa, prevención de la violencia intrafamiliar⁷, alimentación materna y reconocimiento de signos durante el embarazo. **Para el componente (IV):** (i) Capacitación al personal de salud en alimentación-nutrición; *peso mínimo esperado*; (ii) Capacitación al personal de salud en el nuevo cuadro de procedimientos del “AIEPI- Nut” (Nutricional); (iii) Implementación de

7

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL MARCO DE LA META “DES NUTRICIÓN CERO” AIEPI – Nut, Cuadro de procedimientos, MSD, 2006

mecanismos para coordinación efectiva con las Unidades Nutricionales Integrales (UNI) de la Red de Salud; (iv) Talleres para el personal de salud y comunitario sobre Interculturalidad⁸, priorizando la revalorización y promoción de alimentos nativos; (v) Implementación del sistema de vigilancia y monitoreo de la desnutrición y de referencia-contrarreferencia para desnutridos; (vi) Identificación de factores de riesgo en el hogar (individualizada por familia) a través de las visitas domiciliarias; (vii) Realización de visitas de seguimiento de niñas(os) desnutridos y niños identificados *en riesgo de desnutrición*. **Para el componente (V):** (i) Fortalecer las actividades de las UNI (Ej: participación en las actividades de sensibilización y capacitación a madres en las UNI); (ii) Implementación de espacios de análisis del progreso del programa con participación de miembros de las UNI y otros actores sociales para detección de problemas y toma de decisiones. **Para el componente (VI):** (i) Incorporar un interlocutor/observador del Programa Nacional Desnutrición 0 (MSD); (ii) Pasantías de personal operativo del MSD en el Distrito 8 El Alto.

- 3.4 Como resultados, se espera: (i) Desarrollar un modelo de programa para el mejoramiento de la nutrición. Si bien será similar a otras experiencias de nutrición, como el AIN-C, sin embargo prestará una atención adicional a los siguientes aspectos: El fortalecimiento de la gestión del programa nutricional; La MBCOI, que garantizará equidad; El modelo incorporará la implementación del AIEPI-Nut, nueva estrategia clave del programa “Desnutrición 0”; El enfoque intercultural y la promoción del consumo de alimentos nativos/tradicionales locales y Comunicación con un enfoque al cambio de comportamientos. (ii) Como otro resultado clave, se espera mejorar la nutrición de niños menores de 2 años y de la población en general (indirectamente). (iii) A nivel de impacto, a través de mejorar el estado nutricional de los niños, el proyecto espera también a largo plazo, contribuir a disminuir la pobreza lo que a su vez contribuirá al crecimiento económico del país.

IV. PRESUPUESTO

- 4.1 El monto total del proyecto asciende a US\$180.000, de los cuales US\$150.000 se financiará con los recursos de JPO que administra el *Banco*. CSRA aportará US\$30.000, en efectivo y en especies. El resumen del presupuesto por componentes es el siguiente:

⁸

Los talleres de Interculturalidad se desarrollarán en base a los resultados de consultoría realizada por el Centro de Estudios de la Cosmovisión Andina “SARIRI”: <http://www.caminantesdelosandes.org>. Los tópicos de talleres estarán centrados en la *nutrición de niños* desde la óptica de la comunidad y en ellos se compartirán con las madres los recetarios de alimentos nativos/tradicionales.

RUBROS	JPO TOTAL	CONTRAPARTE LOCAL	TOTAL
Componente I.	18.962	4.521	23.483
Componente II.	19.696	4.521	24.217
Componente III.	27.923	6.777	34.700
Componente IV.	33.208	3.660	36.868
Componente V.	22.514	4.961	27.475
Componente VI.	20.007	2.560	22.567
Evaluación y Seguimiento	4.990	3.000	7.990
Contingencias	2.700		2.700
TOTAL	150.000	30.000	180.000

(Nota: ver detalles de presupuesto en anexo B del *plan de operaciones*)

V. ORGANISMO EJECUTOR Y ESTRUCTURA DE EJECUCIÓN

- 5.1 El CSRA es una organización boliviana sin fines de lucro con más de 20 años de experiencia en Atención Primaria en Salud (APS). Su misión es “Salvar vidas trabajando lado a lado con las familias y las comunidades para el perfeccionamiento de su salud”. La organización tiene como su principal grupo beneficiario, la población de áreas rurales y peri urbanas deprimidas, población bajo mayor riesgo sanitario. En ese marco, el CSRA ha ejecutado, a lo largo de su vida, proyectos para beneficio de estas poblaciones, priorizando niños menores de 5 años y mujeres.
- 5.2 El CSRA viene incidiendo en la disminución de la prevalencia de los principales problemas que causan enfermedad y muerte: Diarreas, infecciones respiratorias agudas (Neumonías) desnutrición, tuberculosis, etc. Algunos logros del CSRA al respecto son: Reducción de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez en el orden del 50%, reducciones importantes en la mortalidad materna (0 muertes maternas en el Distrito 8 de El Alto, desde el año 2003), coberturas mayores al 95% en el Programa de vacunas, coberturas del 95% en el control de Crecimiento y Desarrollo y orientación nutricional a niños menores de 5 años. Otro logro importante, principalmente en sus proyectos en el área rural, ha sido la movilización de recursos de los gobiernos municipales para APS en el orden del 10%, proveniente de la Coparticipación Tributaria, al margen de los esquemas del seguro materno-infantil. Las principales claves del éxito del CSRA son: (i) El contacto periódico con cada familia a través de la MBCOI (ii) *La Gestión Compartida* de Redes Municipales de Salud y (iii) la *Administración Delegada* de establecimientos de salud. *La Gestión Compartida*, se refiere a que la planificación, seguimiento y evaluación estratégica de la red es llevada a cabo en forma compartida por todos los actores que invierten en la red de servicios. La instancia y el espacio para la realización de estas funciones es el Directorio Local de Salud (DILOS). En El Alto, el CSRA ha promovido la conformación de un “Sub DILOS,”⁹ donde se abordan procesos de análisis y discusión sobre la

⁹ Según la legislación nacional vigente, en las ciudades grandes existe un solo DILOS a nivel de toda una ciudad, en este caso, El Alto. El “sub-DILOS”, aunque no cuenta con respaldo legal, se constituye en una instancia apropiada para la apreciación y deliberación con las autoridades competentes y líderes locales acerca de la realidad de salud del distrito municipal.

problemática de salud del Distrito. *La Administración Delegada*: El MSD y los Gobiernos Municipales delegan la administración de la red de servicios a una entidad privada no-lucrativa, en este caso al CSRA, bajo un contrato. Esta delegación incluye en primer lugar, la potestad de participar en la selección, contratación, evaluación y sugerencia de remoción de los recursos humanos; la administración de los recursos financieros generados por la prestación de servicios; la custodia y administración de los bienes físicos de propiedad del Estado que son entregados al CSRA para fines de ejecución de las actividades previstas en los términos de referencia del contrato.

- 5.3 El CSRA tiene su oficina central en la ciudad de La Paz y una oficina Regional en El Alto desde donde administrará el proyecto. La Dirección Nacional, las Gerencias de Departamento (Gerencia Financiera, Gerencia Administrativa RRHH y Gerencia Técnica-Operativa), así como un núcleo mínimo de personal administrativo y contable de apoyo operan desde la oficina central. El personal de la oficina central coordinará con niveles centrales del MSD, asistirá permanente a la Regional y su equipo de implementación proveyendo instrumentos técnicos y administrativos que se requerirán para el desarrollo del proyecto.

VI. TEMAS PRINCIPALES

- 6.1 El Gobierno Nacional, a través del MSD, ha lanzado recientemente algunas medidas en salud de las que resaltan 3 como las más importantes: El modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, el Seguro Universal de Salud y el programa “*Desnutrición 0*”. Estos tres aspectos representan oportunidades importantes para el éxito del proyecto, no solo por que están íntimamente relacionados con los objetivos del mismo y van a potenciarlo, sino también por que el MSD ha puesto su atención en el trabajo del CSRA en las áreas donde trabaja, incluido El Alto, para la implementación piloto de estos tres componentes de su estrategia de salud.
- 6.2 Por otro lado, es importante analizar los desafíos que el proyecto deberá afrontar y que están relacionados a los potenciales problemas que podrían presentarse e influir en el desarrollo del mismo: (i) Las posibles convulsiones sociales, de las que El Alto ha sido centro durante los últimos años y que ha obligado en muchas ocasiones a paralizar las actividades, en algunos casos por tiempo prolongado. (ii) El poco interés que muestran algunas autoridades locales vecinales para apoyar actividades de prevención y educación contrarrestado con su alto interés en obras de infraestructura física (iii) Los frecuentes corto-circuitos respecto al aprovisionamiento de insumos y micronutrientes por parte del MSD, que el establecimiento de salud ha sufrido, debido a la carencia de los mismos en los centros oficiales de abastecimiento, (iv) La presencia de otras organizaciones que ofertan servicios eminentemente asistencialistas o que crean dependencia en la población y (v) Los diferentes enfoques, prioridades o intereses que existen en el “equipo” de salud del Distrito 8, compuesto por personas que dependen salarialmente de diferentes fuentes: del MSD, del CSRA y del Gobierno Municipal, diferencias que en algunas ocasiones pueden generar bloqueos.

VII. PLAN DE ACCIÓN (POR AÑOS Y TRIMESTRES)

7.1 Las grandes líneas de acción a ser desarrolladas en el proyecto incluirán:

Actividades clave	Año 1				Año 2				Año 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización												
Diagnóstico de Línea de Base	x											
Adquisición del equipamiento	x											
Talleres de arranque sobre el proyecto para personal de salud, actores locales y autoridades de salud	x											
Reuniones de planificación con la comunidad a partir de los resultados de la línea base	x											
Organización del sistema de información para el proyecto (instrumentos de captación, sistematización y consolidación)	x											
Diseño de la curricula, módulos, instrumentos y materiales para las pasantías del personal del MSD.	x											
Lanzamiento de la convocatoria a las pasantías para miembros del MSD, con preferencia para aquellos que trabajan en El Alto y otras organizaciones interesadas		x										
Elaboración de un inventario de materiales educativos existentes y disponibles	x											
Diseño/replica de los materiales educativos que faltaren.		x										
Capacitación del personal de salud en AIEPI-Nut, técnicas antropométricas (peso y talla)	x	x										
Capacitación del personal de salud en habilidades en comunicación	x	x										
Organización del sistema de “acompañamiento” (supervisión) basado en estándares de calidad (En el marco de los indicadores del proyecto)	x	x										
Implementación												
Realización de visitas domiciliarias	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Actividades de sensibilización, discusión y capacitación en grupos concentrados (salas de espera del centro de salud, reuniones con madres y reuniones en las UNI)	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Difusión de mensajes clave por radio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Desarrollo de los talleres de Interculturalidad (nutrición desde la perspectiva de la comunidad)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realización de las pasantías de entrenamiento en el modelo para el personal del MSD y otras organizaciones interesadas.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implementación del sistema de “acompañamiento”		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoreo y evaluación												
Desarrollo de los CAI's trimestrales de Vigilancia Epidemiológico Comunitario donde se invitarán a personas del MSD y al responsable del programa “Bolivia, Desnutrición 0”	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Desarrollo de los CAIs mensuales en el establecimiento de salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniones mensuales del Comité de Implementación y de Gerencias	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación de medio termino							x					
Evaluación final												x
Sistematización												
Análisis y sistematización de los resultados del proyecto												x
Difusión de los resultados y lecciones aprendidas al MSD y otras organizaciones												x

7.2 Hasta la fecha, para la ejecución del proyecto, el CSRA cuenta con la no objeción a la presentación y ejecución del proyecto por parte del MSD, es mas, el CRSA implementará este proyecto en forma mancomunada con el MSD. La mayor parte del personal que trabaja en los establecimientos de salud a cargo del CSRA son de dependencia del MSD y la mayor parte de la infraestructura y equipamiento es de propiedad del gobierno municipal. Los costos de la mayor parte de los insumos y micronutrientes, serán proporcionados por el MSD. Por otro lado, el CSRA ha sido invitado por el Gobierno Municipal de El Alto a conformar parte del Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición, instancia presidida por el alcalde

municipal y en la que participan otros actores sociales. Esta instancia tendrá la función de apoyar la gestión del programa “Desnutrición 0” a nivel municipal y promover una coordinación intersectorial como plataforma de sustento del programa.

- 7.3 *Respecto a la gestión administrativa:* (i) Los desembolsos del proyecto se efectivizarán trimestralmente contra el cumplimiento de metas claves del proyecto, cuyo cumplimiento será certificado trimestralmente por el Director Nacional del CSRA. El CSRA usará los recursos del proyecto sujetándose a los siguientes elementos: a) el presupuesto aprobado por el *Banco* y, b) los Sistemas de Administración de Bienes y Servicios, Presupuestos, Tesorería y Contabilidad Integrada del CSRA, los mismos que son enteramente compatibles con la normativa del *Banco*. (ii) Los estados financieros del CSRA son auditados anualmente, parte de esta auditoría estará dedicada exclusivamente a emitir una opinión respecto al manejo de los recursos provenientes del *Banco*. El CSRA presentará anualmente, durante el período de ejecución del proyecto, los estados financieros del proyecto y de la entidad, debidamente auditados por una firma de auditores independiente aceptable al *Banco* y de acuerdo con sus requerimientos específicos para cooperaciones técnicas. El *Banco* acordará y aceptará al auditor de la entidad, en la medida que cumpla la condición anterior. Los términos de referencia de la auditoría serán previamente aprobados por el Banco. Los estados financieros anuales serán presentados dentro de los 90 días de finalizado el año fiscal, mientras que los de cierre del proyecto, se presentarán dentro de los 90 días posteriores al último desembolso. Los costos de la auditoría externa del proyecto serán financiados con la contribución del *Banco* (iii) Un consultor externo será contratado anualmente para participar en las evaluaciones anuales y de fin de proyecto. Este consultor, también seleccionado de entre aquellos aceptados por el *Banco*, certificarán el cumplimiento de las metas del proyecto, de esa manera avalando el uso de los recursos. (iv) Los recursos humanos requeridos para la ejecución del proyecto serán contratados como consultores, bajo Régimen Civil, por Invitación Directa.

VIII. ESTRATEGIA MEDIOAMBIENTAL Y SOCIAL

- 8.1 El proyecto no provocará impactos ambientales adversos. Por el contrario, el personal de salud, en forma conjunta con actores locales de la comunidad, promoverá sesiones de análisis del problema de acumulación de basuras y aguas servidas en sus barrios, en las reuniones de análisis con la comunidad, en el entendido de que estos problemas representan factores que condicionan la aparición de enfermedades infecciosas y estas a su vez provocan desnutrición.

Luego a través de actividades comunitarias o gestiones ante autoridades locales gubernamentales se promoverán soluciones a estos problemas.

- 8.2 El proyecto promoverá la equidad social, por estar dirigido a atender la situación nutricional y de salud de niños y las familias del área de intervención del proyecto, en especial de los sectores de menores recursos y en exclusión social.

IX. CERTIFICACIÓN

- 9.1 Por la presente certifico que esta cooperación técnica fue aprobada para financiamiento por el Fondo Especial Japonés de Reducción de la Pobreza (JPO) el 8 de junio de 2007, de conformidad con la comunicación de fecha 8 de junio de 2007 suscrita por Naoyuki Shinohara, Director General, Oficina Internacional, del Ministerio de Finanzas de Japón. Igualmente, certifico que existen recursos disponibles en el Fondo Especial Japonés de Reducción de la Pobreza (JPO), hasta la suma de US\$ 150.000 para financiar las actividades descritas y presupuestadas en éste documento. La reserva de recursos representada por esta certificación es válida por un periodo de cinco (5) meses calendario contados a partir de la fecha de firma de esta certificación. Si el proyecto no fuese aprobado por el BID dentro de ese plazo, los fondos reservados se considerarán liberados de compromiso, requiriéndose la firma de una nueva certificación para que se renueve la reserva anterior. El compromiso y desembolso de los recursos correspondientes a esta certificación sólo debe ser efectuado por el Banco en dólares estadounidenses (US\$). Esta misma moneda será utilizada para estipular la remuneración y pagos a consultores, a excepción de los pagos a consultores locales que trabajen en su propio país, quienes recibirán su remuneración y pagos contratados en la moneda de ese país. No se podrá destinar ningún recurso del Fondo para cubrir sumas superiores al monto certificado para la implementación de éste Plan de Operaciones. Montos superiores al certificado pueden originarse de compromisos estipulados en contratos que sean denominados en una moneda diferente a la moneda del Fondo, lo cual puede resultar en diferencias cambiarias de conversión de monedas sobre las cuales el Fondo no asume riesgo alguno.

Original signed

Goro Mutsuura, VPC/GCM

Jan 11, 2008
Fecha

Original signed

Marguerite S. Berger, Jefa
VPC/GCM

1/11/08
Fecha

X. APROBACIÓN

Aprobado:

Original signed

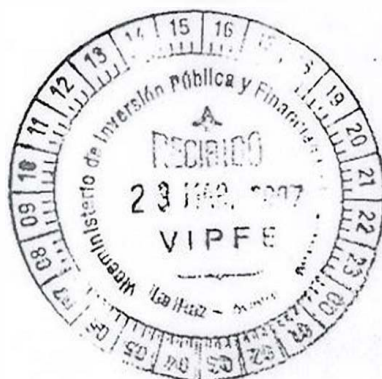
Michael D. Jacobs

Division Chief, SCL/SPH

17 enero '08
Fecha



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES



COPIA
no objection.
Government

La Paz, Marzo 23 de 2007
MSD/UP/245 /2007

Señora

Lic. Carmen Alcoreza

VICEMINISTRA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y FINANCIAMIENTO
EXTERNO

Presente.-

Ref.: Propuesta de Perfil de Proyecto “Mejoramiento del Estado Nutricional de Niños y Niñas de la Ciudad de El Alto”.

De mi consideración:

Habiendo revisado la propuesta del Perfil de Proyecto denominada “Mejoramiento del Estado Nutricional de Niños y Niñas de la Ciudad de El Alto, Bolivia” para financiamiento por el Japan Special Fund Poverty Reducción Program/Banco Interamericano de Desarrollo (JPO/BID) y habiendo verificado que el Consejo de Salud Rural Andino, CSRA, tiene un Convenio firmado con el Ministerio de Salud y Deportes y un Convenio Operativo con el Gobierno Municipal de El Alto, el Ministerio de Salud y Deportes otorga su no objeción a la presentación y ejecución del mencionado proyecto.

Con este motivo, es grato saludarla con las consideraciones más distinguidas.

Original firmado

Dr. Germán Crespo Z.
ASESOR GENERAL DE PROGRAMAS
Y PROYECTOS Y COORDINADOR DE LA
PLANIFICACIÓN SECTORIAL
Ministerio de Salud y Deportes

CC/uy.
Cc. Arch.
Adj. Perfil de Proyecto.

Unidad de Planificación

Calle Capitán Ravelo No. 2199 4to Piso Telef. 2442666 – 2440732 Fax 2440591